FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

M. Louis PRACH

Né le 9 Août 1887, à Argentat (Corrèze)

De la RARETÉ de la BASIOTRIPSIE dans la Pratique Obstétricale actuelle

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

— PARIS —
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, Boulevard Saint-Germain, 91

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHENY
Clinique médicale	GILBERT, BEZANÇON, ACHARD, WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, HARTMANN, LEJARS, GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BRINDEAU, JEANNIN, COUVELAIRE
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIERE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	CHIRAY	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	CLERC	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	DEBRE	Hygiène.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	I. de JONG	Anatomie pathologique.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	DUVOIR	Médecine légale.
BINET	Physiologie.	ÉCALLE	Obstétrique.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	FIESSINGER	Pathologie médicale.
BRANCA	Histologie.	FOIX	Pathologie médicale.
BRULE	Pathologie médicale.	GARNIER	Pathologie expérimentale
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	HARVIER	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.	HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE.	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBÉ Henri..	Chimie biologique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL..	Obstétrique .
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.

MM.	
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils ..	Physiologie.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU ...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
VELTER.....	Ophtalmologie.

III.— Agrégés rappelés à l'exercice pour la période des examens

MM.	
GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale
CHEVASSU....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET .	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI.....	Clinique médicale.
LŒPER.....	Clinique médicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ...	Clinique chirurgicale.

V.— Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A la mémoire de Monsieur Louis BONNET

A Madame Veuve BONNET

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Les manuels d'accouchements consacrent un long chapitre à la basiotripsie, ses indications, la description du basiotribe, la technique opératoire, mais les étudiants, au cours de leur stage dans une maternité, n'ont qu'exceptionnellement l'occasion d'assister à cette opération qui se fait heureusement de plus en plus rare.

C'est justement à la suite d'une basiotripsie exécutée sur une femme ayant subi quatre applications de forceps en ville et dont le fœtus venait de mourir, que M. le docteur Devraigne à qui nous avions demandé un sujet de thèse, nous a donné l'idée de rechercher la fréquence de la Basiotripsie et d'étudier les causes qui restreignent les indications de cette opération.

Qu'au début de ce travail M. le docteur Devraigne veuille bien accepter l'hommage de notre gratitude pour la bienveillance particulière qu'il nous a manifestée en maintes occasions.

Le service d'accouchements qu'il dirige à Lariboisière est très recherché par les étudiants qui savent y trouver un accueil très cordial et un enseignement présenté sous la forme la plus claire et parfois la plus pittoresque.

Nous nous souviendrons longtemps de ses magistrales leçons et nous nous ferons un devoir d'avoir toujours présents à la mémoire ses conseils judicieux à chaque pas de notre pratique.

Notre intention, dans cette thèse, est de montrer que la basiotripsie est une opération en voie de disparition du fait que nous faisons des progrès dans le traitement des dystocies et que ces progrès résultent de la tendance de l'obstétrique à devenir de plus en plus chirurgicale.

Ce travail nous parait avoir son utilité; chaque fois en effet, qu'une opération nouvelle nous a permis de triompher des difficultés de certains accouchements et que ce procédé nouveau est entré dans la pratique obstéricale, les indications de la basiotripsie ont été à modifier. Quand Gigon en 1893, a fait sa thèse sur « les indications de la Basiotripsie », thèse qui nous servira de point de départ pour notre étude, son travail venait à son heure puisque la symphyséotomie ressuscitée allait permettre de sauver un plus grand nombre d'enfants.

Or, pendant ces dernières années, de grands progrès ont été accomplis, il est donc tout naturel, que nous recherchions ce qui est à modifier dans les conclusions de Gigon.

Nous diviserons notre étude en trois parties :

Dans un premier chapitre, nous rechercherons la fréquence de la basiotripsie 1° en 1893, 2° de nos jours et nous comparerons les résultats.

Dans le chapitre suivant nous étudierons les progrès accomplis depuis trente ans dans l'obstétrique chirurgicale.

Enfin dans le dernier chapitre nous résumerons les indications de la basiotripsie d'après la thèse de Gigon ; pour chaque indication nous ferons connaître si, à notre point de vue, des modifications sont à faire et nous conclurons.

Nous ne ferons pas précéder ce travail d'un historique, c'est peut-être la coutume, mais nous estimons qu'elle n'a aucune utilité dans la démonstration que nous voulons entreprendre.

Fréquence de la Basiotripsie en 1893 et de nos jours

Dans ce chapitre, nous aurions voulu pouvoir mettre en regard des statistiques prises dans le même service à trente ans d'intervalle, cela ne nous a pas été possible.

Nous avons trouvé deux stastistiques qui nous ont paru intéressantes et que nous avons retenues.

1° statistique faite dans le service d'accouchements de la Pitié par M. le docteur Maygrier (*annales de la Société obstétricale de France*. — 1893) :

Année	1887	379 accouchements	1	Basiotripsie
—	1888	382 —	1	—
—	1889	381 —	2	—
—	1890	343 —	0	—
—	1891	370 —	0	—
—	1892	383 —	1	—

Ce qui donne 5 basiotripsies pour 2138 accouchements, soit 1 basiotripsie pour 427 accouchements.

2° Stastistique faite dans le service d'accouchements de M. le professeur Tarnier par M. le docteur M. Perret (*annales de Gynécologie*. Janvier 1902) :

Année 1898 (à partir du 1er mars), 1397 acc., 4 basiotr.
— 1899 1649 — 2 —
— 1900 1638 — 3 —
— 1901 1738 — 2 —

soit 6417 accouchements et 11 basiotripsies ou 1 basiotripsie pour 583 accouchements.

Voyons maintenonts les chiffres que nous avons recueillis dans le service de M. le docteur Devraigne à Lariboisière.

Pendant l'année 1925, 1916 femmes ont accouché dans cette maternité ; de plus 1734 femmes ont accouché chez des sages-femmes agréés par la Ville de Paris et relevant du même service. Pour désencombrer celui-ci, on ne conserve en effet à Lariboisière, que les femmes dont les accouchements peuvent offrir certaines difficultés; il résulte donc qu'en réalité, il a été fait 3650 accouchements dans ce service ou ses annexes : pendant cette même année, il n'y a eu que 4 basiotripsies.

La première pour une primipare âgée dont la gestation n'a été suivie par personne et dont le travail a duré 4 jours, bassin normal, présentation céphalique, gros fœtus.

La deuxième pour une primipare à bassin généralement rétréci qui a été amenée à l'hôpital, les membranes rompues depuis 2 jours (gestation suivie en ville par un médecin).

La troisième pour une troisième pare ayant un placenta praevia, le travail a duré 3 jours (gestation suivie par un médecin).

La quatrième pour une primipare à bassin rétréci, à faux promontoire, les membranes étaient rompues depuis 60 heures ; comme c'était une présentation de siège, on a fait une basiotripsie sur tête dernière.

La fréquence de la basiotripsie dans le service de M. le docteur Devraigne pendant l'année 1925, a donc été d'une basiotripsie pour 880 accouchements.

Aucune basiotripsie n'a été faite sur enfant vivant ou à vitalité compromise l'opération n'a été tentée que lorsque les bruits du cœur du fœtus n'ont plus été perçus.

La mortalité maternelle a été nulle.

Ces chiffres montrent un sérieux recul de la basiotripsie : elle est deux fois moins fréquente qu'en 1893, elle est une fois et demie moins fréquente qu'en 1901 ; nous sommes donc en progrès.

Nous allons maintenant voir les progrès accomplis par l'obstétrique chirurgicale, pendant les 30 dernières années; ils nous expliqueront les beaux résultats obtenus et nous permettront de reviser les indications de la basiotripsie.

Progrès accomplis depuis 1893 dans le traitement des Dystocies

Ce chapitre se justifie par le fait que la basiotripsie bénéficie si l'on peut dire, de l'échec des interventions tentées pour sauver l'enfant, tout en ménageant les intérêts de la mère, il est dès lors bien évident, que plus ces tentatives seront variées et efficaces, plus la basiotripsie verra ses indications se faire rares et diminuera de fréquence.

En 1893, les opérations conservatrices de la vie de l'enfant, que l'on peut tenter pour traiter le syndrome de la disproportion céphalo-pelvienne sont les suivantes :

1° le Forceps ou la Version ;

2° l'accouchement prématuré artificiel ;

3° la Césarienne et l'opération de Porro qui date de 1876 ;

4° la symphyséotomie.

Nous pouvons de suite dire que la Césarienne inspire une grande crainte aux accoucheurs de cette époque, la thèse de Gigon dans bien des passages, laisse voir l'appréhension de ses maîtres quand ils touchent à la grande séreuse péritonéale.

Il faut bien savoir d'ailleurs que, malgré la méthode antiseptique créée par Lister quelque vingt ans auparavant (en 1871) à la suite de recherches inspirées des découvertes de Pasteur, la mortalité de l'opération Césarienne est encore très élevée (80 % vers 1876. d'après Ribemont-Dessaignes Lepage, traité d'Obstétrique) ; elle va pourtant s'améliorer mais il faut attendre jusqu'en 1899, pour que M. le professeur Bar réunissant à la sienne les statistiques de: Léopold, Reynolds, Pasquali, Olshausen, Zweifel, Charles, montre que sur 170 Césariennes, 150 femmes ont survécu et que sur 161 enfants dont on connait le sort, 152 sont sortis vivants, ce qui donne une mortalité maternelle de 6'41 % et une mortalité fœtale de 5,59 % (obstétrique 1899) et que par conséquent, la Césarienne peut rivaliser avec les autres opérations obstétricales, nous laisserons de côté l'opération de Porro, mutilatrice et à indications très limitées.

Le Forceps et la version, moyens inoffensifs pour la mère quand ils sont pratiqués avec douceur, ont de chauds défenseurs dans la personne de M. le professeur Tarnier pour le forceps et de M. le professeur Budin pour la version, mais on leur reproche une grosse mortalité fœtale.

Dans les *Annales de la Société obstétricale* de 1893, M. le docteur Varnier écrit: « La version dans les bassins rétrécis donne une mortalité fœtale de 36 % » et plus loin « sur 114 applications de forceps au détroit supérieur, il y a 35 enfants morts, plus les blessés et les enfants nés en état de mort apparente » et il condamne dans ses conclusions le forceps au détroit supérieur :

« ... nous ne savons jamais ce que fera le forceps, nous ne sommes pas maîtres d'en limiter l'action malfaisante, nous tirons un numéro à la loterie. C'est de l'obstétrique empirique ; ce n'est pas de l'obstétrique positive ».

L'accouchement prématuré artificiel, est de même critiqué durement par M. le professeur Pinard qui lui reproche la grosse mortalité fœtale qui résulte de son application, mortalité fœtale qui oscille autour de 20 à 30 %.

C'est pour cette raison, qu'il réssuscite la Symphyséotomie délaissée en France depuis les échecs de Sigault en 1877, mais pratiquée en Italie surtout par Morisani qui essaie d'en préciser les indications. Elle donne de suite pour ses nouveaux débuts, de beaux résultats et enthousiasme les accoucheurs de cette époque. M. le professeur Pinard termine sa leçon du 7 décembre 1891 en disant que grâce à la symphyséotomie, « la vie de bien des femmes et de bien des enfants sera sauvegardée et les accoucheurs n'auront plus à s'imposer le supplice de broyer des enfants pleins de vie qu'ils ont mission de sauver ».

Le nombre considérable de communications faites à son sujet (156 en 1893, 193 en 1894, 100 en 1895) montre l'importance que les obstétriciens de l'époque accordent à cette opération. Les unes s'attachent à préciser les conditions de l'intervention, lesquelles très larges au début puisque Morisani donne 6 cms. 7 comme chiffre minimum de diamètre promonto-pubien minimum (Congrès de Rome 1893), se restreignent par la suite (8,5 à 9,3 en 1897).

Au congrès de Moscou de 1897, M. le docteur Varnier donne les indications suivantes :

« 8e conclusion — il y a indication à la symphyséotomie chaque fois que, l'enfant étant vivant, la dilatation complète les efforts d'expulsion impuissants par suite de la viciation absolue ou relative du bassin osseux, le calcul démontre qu'un écartement pubien ne dépassant pas 7 cms., donnera au bassin, les dimensions largement suffisantes pour l'extraction du fœtus sans traumatisme.

Elle doit être le mode de traitement de la dystocie causée par l'excès de volume dit physiologique du fœtus, ainsi que de certaines présentations vicieuses fixées (variétés frontales de la face par exemple) dans les bassins normaux ».

« D'autres communications ont trait à la technique opératoire étudiée et fixée surtout par M. le professeur Farabeuf ; doit-on terminer l'opération par une application de forceps, ou abandonner autant que possible, à la nature, l'expulsion de l'enfant?

Enfin des communications nombreuses essaient d'établir les risques maternels et fœtaux de la nouvelle opération. Or il apparaît bien de suite que la mortalité est à peu de chose près aussi forte que pour les autres formes d'interventions de l'époque (environ 10 % pour la mortalité maternelle et 12 % pour la mortalité fœtale).

D'autre part, indépendamment de cette mortalité, la symphyséotomie a une morbidité assez forte qui va lui porter un coup sensible. M. le professeur Bar analysant la statistique de M. le professeur Pinard montre que sur 62 cas, la morbidité totale, c'est-à-dire la proportion de

femmes chez lesquelles la température s'est élevée au-dessus de 38° a été de 64, 52 %.

Voilà quels sont les moyens dont disposent les accoucheurs contemporains de Gigon; certains trouveront peut-être que nous nous sommes trop étendus sur ces diverses opérations, mais il nous paraît nécessaire de bien faire ressortir les risques de chacune d'elles car la basiotripsie résulte souvent des hésitations qui ont empêché de tenter, à son heure, une opération conservatrice.

Voyons maintenant quels sont les moyens dont nous disposons en 1926 pour résoudre les difficultés d'un accouchement dystocique, et éloigner le plus possible de nous la nécessité de nous servir du basiotribe.

Ce qui frappe à première vue quand on ouvre un traité d'accouchements et qu'on y cherche le traitement du syndrome de la disproportion céphalo-pelvienne, c'est l'importance de la césarienne. Depuis la propagande intense faite surtout par M. le professeur Bar, elle a pris en effet une importance telle qu'elle domine de beaucoup les autres formes d'intervention. C'est d'ailleurs l'opération qui se plie le mieux aux exigences des accoucheurs:

Quels sont les inconvénients de la césarienne? et comment ses partisans résolvent-ils le problème.

Le premier reproche et le plus ancien, est que les indications de la césarienne classique sont limitées, par la nécessité d'opérer sur un œuf non infecté. On a constaté en effet, et nous tirons ces renseignements d'une leçon de M. le professeur Brindeau (*Presse Médicale* du 10 mars 1926) que, la mortalité qui est de 2.9 % chez les femmes non en travail ou tout à fait au début du travail,

avec des membranes intactes, n'ayant pas été examinées, ou l'ayant été avec des gants de caoutchouc, monte à 10,8 % chez les femmes en travail depuis plusieurs jours, ayant les membranes rompues, pour atteindre 34 % chez les femmes qui ont été touchées par plusieurs personnes et qui ont subi en ville 1 ou 2 applications de forceps sans succès.

Les « Césariens » ont répondu d'abord à ce reproche en opérant tôt. M. le professeur Bar dans les dernières années de son exercice professoral a dit: « Je n'opère que les cas purs, c'est-à-dire que les femmes tout à fait au début du travail, encore mieux à la fin de la grossesse ». Cette méthode, risque de faire faire des césariennes inutiles, ou des césariennes trop précoces aboutissant à la naissance d'un prématuré. Aujourd'hui, l'opération de Portes, dont nous reparlerons plus longuement par la suite, permet d'attendre, de faire l'épreuve du travail, et par conséquent, supprime cet inconvénient.

Le deuxième inconvénient de la césarienne, c'est qu'elle s'accompagne d'un shock opératoire assez prononcé; à ce reproche on peut répondre que la césarienne supra-symphysaire que préconise M. le professeur Brindeau est une opération où le shock opératoire est très faible.

Le troisième inconvénient de la césarienne classique, est le suivant: Quand on fait porter la suture sur le corps de l'utérus, celui-ci se contracte vigoureusement dans les premiers jours des suites de couches, il en résulte des conséquences graves pour cette suture; ou les fils se desserrent, ou le muscle utérin se coupe sur les fils. M. le le professeur Brindeau, dans sa leçon publiée dans la

Presse Médicale du 10 mars 1926 fait connaître que des autopsies de femmes mortes le lendemain ou le surlendemain de l'opération, ont montré qu'au niveau du trajet des fils des petites fistules s'étaient produites; d'après lui, ce n'est pas l'inondation du liquide amniotique qui provoque la péritonite mais l'ensemencement secondaire par les points de suture, et c'est pour cela que M. le professeur Brindeau préconise la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire, qui porte sur le segment inférieur très mou en non contractile.

Le troisième reproche qu'on fait à la césarienne, c'est de laisser une cicatrice utérine qui peut avoir des conséquences graves au cours d'une nouvelle gestation (possibilité de rupture utérine). M. le professeur Couvelaire dans son rapport à la société obstétricale de France (1909) écrit que la cicatrice conjonctive manque « de l'élasticité que donne à l'utérus le développement d'un riche réseau élastique; il est possible que la greffe du placenta au niveau de la face postérieure de la cicatrice en diminue la résistance » et il conclut que la tare cicatricielle est inévitable.

Là encore, la césarienne supra-symphysaire nous paraît supprimer ce grave inconvénient.

Enfin on reproche aussi à la césarienne classique d'être cause parfois d'occlusions intestinales post-opératoires, d'adhérences à l'intestin et au grand épiploon.

Nous venons de voir, que nous possédons avec la césarienne haute ou basse, un moyen très puissant de triompher des difficultés d'un accouchement dystocique, mais ce n'est pas le seul. Les pelvitomies qui ont soule-

vé autrefois tant de discussions passionnées continuent d'être des opérations d'une grande utilité.

Leurs détracteurs, ne manquent pas de faire ressortir qu'en outre de la mortalité qui n'est pas négligeable, les complications post-opératoires sont nombreuses et importantes; Jorand, dans sa thèse de 1896 sur les accidents et complications de la symphyséotomie cite les suivants: hémorragie, déchirures valvo-vaginales des suppurations, l'incontinence d'urine, des troubles de la marche. Cependant, les techniques opératoires se perfectionnent: en 1894 Gigli ressuscite la pubiotomie, en 1903 Dœderlein et Bumm introduisent la pubiotomie sous-cutanée, en 1906 Zweifel préconise la symphyséotomie sous cutanée, plus près de nous, Dœderlein et Cathala ont eu l'idée de mettre en place un fil-scie de Gigli, puis de tenter une application de forceps, se réservant de sectionner le bassin si elle échoue, c'est la pelvitomie différée. Enfin ces mois derniers, M. le professeur Zarate de Buenos-Ayres propose une technique nouvelle de symphyséotomie sous-cutanée, qui paraît très simple.

D'ailleurs les indications des pelvitomies sont très restreintes; ce sont d'après M. le docteur Rossier:

1° Les rétrécissements pelviens de 8 à 10,5 de conjugué vrai.

2° L'excès de volume du fœtus avec défaut d'engagement de la tête ou défaut de progression dans un bassin normal.

3° La lenteur de la dilation quand les eaux sont écoulées.

4° Les présentations céphaliques défectueuses et persistantes.

5°La fièvre n'est pas une contre-indication.

6° La primiparité non plus.

Enfin les vieilles interventions tels que le forceps, la version, l'accouchement prématuré artificiel subsistent toujours. La version a son indication dans le cas du bassin plat rachitique peu touché, chez une multipare. Le forceps n'est plus employé avec raison pour vaincre aucune résistance osseuse.

L'accouchement prématuré artificiel est abandonné, il prive l'enfant de la puériculture anténatale (le fœtus gagne 30 grammes par jour pendant le dernier mois) et le prématuré supporte mal les traumatismes ce qui interdit toute intervention.

Devons-nous clore ce chapitre en formulant notre avis personnel quant au moyen le meilleur à employer pour traiter les dystocies pelviennes? Nous ne sommes guère qualifiés; tout de même nos préférences vont à la césarienne; nous avons vu souvent exécuter la césarienne classique dans le seévice de M. le docteur Devraigne, nous ne nous souvenons pas d'avoir vu un échec; nous avons vu des femmes césarisées, faire une deuxième et une troisième grossesses sans incidents.

La césarienne de Portes, la dernière en date, nous paraît être d'un grand intérêt. M. le docteur Portes dans un article intitulé « La Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus » (*Gynécologie-Obstétrique*

année 1924, tome X, n° 4) indique ainsi les nécessités auxquelles elle répond:

1° Elle permet « d'extraire quel que soit le degré de la dilatation de l'orifice utérin, un enfant vivant sans risquer de le traumatiser et de telle façon que la cavité péritonéole maternelle, de même que le tissu cellulaire sous-péritonéal soient rigoureusement à l'abri de l'infection, d'une part lors de l'ouverture de l'œuf au cours de la césarienne, d'autre part ultérieurement par propagation d'une infection de la plaie utérine suturée ».

2° Elle permet « en raison du fait que cette intervention est pratiquée dans des cas où l'infecton est avérée ou probable de ne pas se trouver désarmé si l'infection continue à évoluer après l'évacuation de l'utérus ».

Elle empêche donc, comme nous l'avons dit plus haut, de faire des césariennes inutiles ou trop précoces, dans la crainte d'opérer sur un œuf infecté et, dans le cas où on a laissé passer l'heure de la césarienne conservatrice, elle évite de faire un certain nombre d'hystérectomies ou de basiotripsies.

Nous en avons vu exécuter une dans le service de M. le docteur Devraigne, l'intervention a parfaitement réussi.

Nous avons lu attentivement, la leçon de M. le professeur Brindeau dans la *Presse Médicale* du 10 mars 1926, les raisons données en faveur de la césarienne supra-symphysaire préconisée par lui mais pratiquée déjà par M. le professeur Shickelé de Strasbourg nous semblent très fortes. M. le professeur Shickelé l'appelle « l'opération

de l'avenir ». Est-elle destinée à remplacer la césarienne corporéale dans les cas purs? c'est l'avenir qui jugera.

Quant aux pelvitomies, leurs indications sont très limitées.

Restrictions apportées aux indications de la Basiotripsie depuis 1893

Maintenant que nous avons étudié les moyens employés par les obstétriciens de 1893 pour traiter le syndrome de la disporportion céphalo-pelvienne, et qu'en regard nous avons fait connaître les progrès accomplis pendant ces dernières années, nous allons examiner les indications de la Basiotripsie d'après la thèse de Gigon et voir ce qu'elles sont devenues.

La partie principale de son étude est divisée en 3 chapitres selon que le fœtus est mort, vivant ou de vitalité compromise.

Dans le premier chapitre, la Basiotripsie est selon lui justifiée toutes les fois que le fœtus étant mort, un rétrécissement du bassin gêne son expulsion ; il ne fait des réserves que pour les bassins de rétrécissement extrême au-dessous de 5 centimètres de diamètre promonto-sous-pubien et pour quelques cas de tumeurs obstruant la voie génitale, et ne pouvant être refoulées en haut. Cette conduite nous parait raisonnable ; cependant, cha-

que fois que cela sera possible nous adopterons le point de vue de M.le docteur Devraigne, quand il écrit dans son traité d'accouchements page 1395 : « si la vie de l'enfant a cessé de préoccuper l'accoucheur, sa préférence pour le Forceps doit se justifier par la simplicité et la sécurité de la Technique opératoire ». Par exemple : une application de Forceps au bas de l'excavation, chez une multipare dont le périnée ne risquera rien, est toujours plus commode et plus rapide qu'une basiotripsie.

Dans un deuxième chapitre, Gigon traite des indications de la basiotripsie sur un enfant vivant ; il la proscrit, mais fait des réserves pour les cas suivants :

1° Pour les cas de rétrécissement extrême où, dit-il : « afin d'éviter à la mère une opération aussi périlleuse que l'opération césarienne, et, à la seule condition que la vie de l'enfant soit compromise, on pourrait peut-être par une symphyséotomie préalable, permettre le passage du basiotribe et terminer ainsi l'accouchement ». Cette réserve est à rejeter; l'opération césarienne ne nous effraie plus; faite dans de bonnes conditions, elle est d'une bénignité telle qu'il n'y a pas lieu d'hésiter.

2° Pour les cas de présentation de la face, lorsque la tête du fœtus ayant son menton dans la concavité du sacrum, la rotation est impossible.

Cette réserve est plus difficile à supprimer, nous adoptons la conduite que M. le docteur Demelin préconise dans ce cas quand il écrit dans son traité d'accouchements page 1167 : «...Si les tractions consécutives enclavent la tête en la fléchissant (conséquence inévi-

table avec un mobile et un contenant de dimensions physiologiques) il n'y aura pas d'autres moyens d'achever l'accouchement que de réduire la tête par le broiement (à moins qu'elle ne soit restée encore suffisamment mobile pour être ramenée en mento-pubienne par un demi-tour que lui fera exécuter le forceps). L'agrandissement momentané du bassin par la pelvitomie ne peut qu'être mentionnée comme inutile dans ce cas particulier, à cause de l'état grave, où la longueur du travail et les tentatives opératoires auront mis le fœtus ». Cependant, dans la *Revue Gynécologie-obstétrique* de 1925, tome XII, n° 2, M. le docteur G. Rossier écrit, page 176, que la présentation de la face avec menton en arrière, constitue pour des auteurs anglais et allemands une indication de l'hébostéotomie, et cite dans ses conclusions, cette présentation comme indication aux pelvitomies. M. le docteur Ortez-Perez, aide de clinique obstétricale de M. le professeur Hernandez de la Havane, montre aussi dans un article publié dans *Gynécologie-obstétrique* année 1925, tome XI, n°6, que la présentation de la face en mento-sacrée est une indication à la symphyséotomie. Que conclure? Nous devons tout tenter avant d'être réduits à cette triste extrémité qu'est la Basiotripsie, mais cette réserve subsiste quand même, toutefois du fait que la présentation de la face ne se voit qu'une fois pour 250 accouchements environ, et que la rotation vicieuse en mento-sacrée est encore plus rare, nous pouvons conclure que la basiotripsie doit être tout à fait exceptionnelle dans ce cas.

3° Pour le cas de procidences, quand l'utérus est

rétracté sur le fœtus, et que par conséquent la version devient impossible. Cette réserve n'a plus lieu de subsister ; la Césarienne haute ou basse si la dilatation est incomplète, le forceps ou la pelvitomie si la dilatation est complète, doivent être substituées à la basiotripsie.

En résumé, pas de basiotripsie sur enfant vivant, avec une simple réserve d'une rareté extrême pour la présentation de la face en mento-sacré et encore, après avoir épuisé tous les moyens dont nous disposons pour éloigner cette éventualité; d'ailleurs, il s'agit à ce moment-là, d'un enfant mourant, à coup sur condamné.

Le troisième chapitre de la thèse de Gigon a trait aux indications de la basiotripsie sur enfant de vitalité très compromise.

Il essaie d'abord de préciser ce qu'on entend par « vie de fœtus compromise »; irrégularité et faiblesse des battements du cœur, perte de méconium sont les deux symptômes principaux, mais il faut tenir compte aussi de la longueur du travail, des manœuvres déjà tentées et, s'appuyant pour cela sur un exposé de M. le docteur Demelin, il montre la difficulté d'apprécier parfois la vitalité d'un fœtus.

C'est cette difficulté qui va nous dicter notre conduite. Nous comprenons que les obstétriciens de 1893 reculent devant des interventions qui étaient alors dangereuses, mais aujourd'hui, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'avoir les mêmes hésitations. Les opérations obstétricales faites dans de bonnes conditions donnent un pourcentage de mortalité maternelle très faible; M. le docteur Le Lorier a dit qu'elle oscillait autour de 1,50

à 3 % pour tous les procédés de traitement de dystocie pelvienne (*gynécologie-obstétrique* 1925, Tome XII, n° 2, p. 187), or comme dans un pays à aussi faible natalité que le nôtre nous ne devons négliger aucune occasion de sauver des enfants, nous proscrivons en principe toute basiotripsie su enfant de vitalité compromise.

Suivons Gigon quand il envisage les diverses causes de diminution de la vitalité fœtale. Afin de situer le problème il écrit: « Dans tous les cas qui vont suivre nous nous supposerons en présence d'une femme rachitique ou chez laquelle une lésion quelconque s'oppose au passage naturel du fœtus ».

Pour la syphilis, il ne se prononce pas écrivant que sa conduite dépendra de diverses circonstances, évolution des grossesses antérieures, date du début de l'infection etc...

A ce sujet, M. le docteur Devraigne écrit dans une revue d'Obstétrique et de Gynécologie publiée dans le *Monde Médical* de 1925 (n° 683), que depuis 1921, la plupart des maternités, à la suite de l'exemple donné à Baudelocque par M. le professeur Couvelaire, ont créé des dispensaires pour le dépistage et la prophylaxie des maladies héréditaires où l'on peut réaliser un traitement familial, le seul qui soit vraiment efficace et permette de lutter effectivement contre la mortalité infantile. Nous avons constaté en effet que le dispensaire annexé au service d'accouchements de M. le docteur Devraigne était très suivi par les femmes enceintes atteintes ou suspectes de syphilis; ces dispensaires donnent des résultats excel-

lents et la syphilis ne peut plus maintenant indiquer la basiotripsie d'un enfant suspect, puisque, né vivant, il sera ensuite très bien soigné et pourra s'élever dans de bonnes conditions. Là encore, nous avons progressé depuis 1893.

Pour l'éclampsie, Gigon conclut nettement en faveur de la basiotripsie, une femme ayant un bassin trop rétréci pour permettre un accouchement spontané et faisant en même temps de l'éclampsie, est dans des conditions trop mauvaises, selon lui, pour subir une opération conservatrice d'une vie fœtale très douteuse.

Cette conclusion est certainement très opposée à l'opinion que M. le professeur Brindeau exprime dans son article « De la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire » (*Presse médicale* du 10 mars 1926) où il écrit qu'il fait quelquefois la césarienne même pour l'éclampsie.

MM. Demelin et Devraigne écrivent qu'ils n'interviennent pas chirurgicalement pour la seule éclampsie, mais que s'il y a viciation pelvienne grave celle-ci doit prendre le pas sur l'éclampsie au point de vue de la thérapeutique à suivre. Ce sont ces conclusions que nous adoptons.

Pour l'albuminurie, Gigon conclut de même en faveur de la basiotripsie. Nous croyons, que des règles générales ne peuvent pas être formulées dans ce cas là. C'est le praticien, qui au lit de la malade, après avoir essayé de sauver la mère et l'enfant par un traitement médical rigoureux, devra examiner s'il y a lieu d'intervenir et qu'elle forme il doit donner à son intervention.

Gigon aborde ensuite le cas de placenta praevia chez une femme à bassin rétréci, ayant des hémorragies graves, et pour laquelle le forceps et la version ont été reconnus impossibles; il conclut en faveur de la basiotripisie. Si nous sommes dans l'impossibilité de faire le traitement habituel obstétrical: déchirure large des membranes, ballon de Champetier, version mixte, accouchement rapide, c'est à la césarienne haute ou basse que nous aurons recours pour sauver l'enfant. M. le professeur Brindeau dans son article « De la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire » préconise dans le cas d'hémorragies sérieuses liées à une insertion basse du placenta, la césarienne basse, et appuie son opinion d'arguments de grande valeur. Il attire d'abord l'attention sur la lourde mortalité des cas graves de Placenta Praevia traités par les procédés obstétricaux, mortalité maternelle de 9 à 10 %, mortalité fœtale de 50 à 60 %, il indique qu'à l'autopsie des femmes mortes dans ce cas on trouve fréquemment une fissure du segment inférieur, au niveau de laquelle s'ouvrent de très gros vaissaux, fissure provoquée par le passage plus ou moins rapide du fœtus, il fait connaître que d'après la thèse de son élève, Desaubry, la statistique de cas graves de Placenta Praevia traités par la césarienne donne une mortalité maternelle de 11 % et une mortalité fœtale équivalente et il conclut: « Quand vous aurez affaire à une femme ayant un Placenta Praevia saignant beaucoup, quand cette femme est à terme ou près du terme, c'est-à-dire que la vie de l'enfant compte, on doit pratiquer la césarienne; on est à peu près sûr d'avoir un enfant vivant et l'on

n'a pas beaucoup plus de risques de perdre la femme ».

Par la césarienne vaginale on pourra aussi extraire l'enfant vivant ou compromis.

Aujourd'hui, pour personne il n'est plus question de basiotripsie dans les insertions basses du Placenta, tant que l'enfant a des chances d'être extrait vivant.

Pour les cas de procidence du cordon, Gigon écrit que sa conduite variera selon que la procidence pourra être réduite ou non, selon que cette réduction pourra être maintenue ou non, selon que l'enfant aura beaucoup ou peu souffert.

A moins que le fœtus ne soit très compromis, nous croyons qu'il y a lieu d'intervenir au besoin par la césarienne.

Gigon examine ensuite le cas de la diminution de vitalité du fœtus par suite de manœuvres employées pour terminer l'accouchement.

Voilà comment se pose le problème: il s'agit d'une femme à bassin vicié, saine, chez qui l'enfant, normal, souffre du fait que l'accouchement est pénible, et que l'on a tenté des applications infructueuses de forceps.

Nous touchons là au problème si discuté du traitement du syndrome de la disproportion céphalo-pelvienne. M. le docteur Devraigne, dans la revue citée plus haut (*Monde Médical*, 1925, n° 683), écrit que la question est résolue pour les rétrécissements accentués du bassin, où la césarienne avant tout début de travail, ou mieux au début du travail, trouve là son indication la plus formelle, mais que la discussion reste animée lorsqu'il s'agit des bassins-limite. Il indique ensuite les méthodes

préconisées par chaque école, les uns avec M. le docteur Rossier, M. le docteur Le Lorier grands partisans des pelvitomies, les autres avec MM. les professeurs Stuckelé et Brindeau partisans de la césarienne supra-symphysaire.

De toutes façons, que l'on soit « césarien » ou « symphyséotomiste », le bassin-limite ne doit plus être une cause de basiotripsie. Les grossesses sont suivies presque toujours soit à l'hôpital, soit en ville par des sages-femmes ou des médecins qui sont à même d'apprécier le degré de rétrécissement du bassin et de savoir si l'enfant passera ou non. On pourra nous objecter que les procédés d'investigation sont assez rudimentaires pour connaître exactement les dimensions du bassin, sa forme, les dimensions de la tête fœtale, son degré d'ossification ; mais dans le cas où l'on ne se rend compte de la disproportion qu'au moment où le travail commence à traîner en longueur, c'est-à-dire lorsque l'épreuve du travail ne donne aucun résultat, les moyens dont nous disposons permettent encore d'extraire un enfant vivant, sans de grands risques pour la mère. (Césarienne basse, symphyséotomie, hébostéotomie), et même si des applications de forceps sont faites et des touchers suspects pratiqués, l'opération de Portes permet encore de résoudre la question.

En tous cas, les applications de forceps au détroit supérieur sont condamnées par tout le monde; elles sont le plus souvent des « basiotripsies déguisées », comportant un pronostic réservé pour la mère du fait d'attritions graves de ses parties molles (escharres, fistules),

de lésion de la symphyse pubienne. Dans l'excavation ou sur le périnée, pour sommets en présentations postérieures, en transverses, ou dans les bassins cyphotiques, l'extraction au forceps sera peut-être singulièrement facilitée et le pronostic fœtal amélioré, si l'on a soin de mettre la femme dans la position de Devraigne-Descomps, flexion des cuisses complétée par l'extension des jambes (thèse Muret 1926).

Par conséquent, nous rejetons complètement la basiotripsie à moins que l'enfant n'ait succombé.

Dans le cas d'hydrocéphalie, Gigon préconise la basiotripsie: c'est inutile, la simple perforation de la tête première ou dernière suffit le plus souvent.

Dans le cas de liquide amniotique putride, il conclut aussi en faveur de la basiotripsie, « l'expérience montrant que les enfants qui naissent dans ces conditions succombent presque tous à la pneumonie infectieuse »: c'est possible, mais ce n'est pas une raison suffisante pour nous décider à tuer systématiquement le fœtus.

Enfin Gigon consacre pour terminer son étude un paragraphe aux indications venant de la volonté de la mère. Aujourd'hui, comme autrefois, il est bien certain, que seule elle a le droit d'exposer sa vie, mais en fait, elle s'opposera rarement à une intervention.

En 1893 la césarienne par exemple, était la terreur des accoucheurs, on peut donc penser que pour les femmes cette terreur était bien plus grande encore, et qu'elles se résignaient difficilement à subir cette intervention, mais de nos jours, le nombre des femmes césarisées est très grand, et contribue certainement, à répandre dans les

classes populaires que cette opération n'est pas très dangereuse. Dans le service de M. le docteur Devraigne, nous avons bien des fois entendu notre maître dire à des femmes qu'il serait obligé « de faire passer l'enfant par en haut », jamais nous n'avons vu une seule femme refuser l'intervention. Sous ce rapport, l'éducation des masses est faite à présent, les femmes sûres d'avoir un enfant vivant, de ne pas souffrir, et de courir bien moins de risques qu'avec un travail de plusieurs jours, acceptent sans hésiter l'opération proposée.

Avant de tirer de cette étude, les conclusions qu'elle comporte, il y a lieu de dire quelques mots du pronostic de la basiotripsie.

C'est une question pour laquelle les opinions sont très divisées. Mme Bernstein-Woulbrun dans sa thèse ayant pour sujet «l'Etude clinique sur le pronostic de l'embryotomie céphalique » (Paris 1895), donne une mortalité intégrale de 15,2 % et une mortalité expurgée assez forte de 6 %.

Par contre, Audebert, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie du* 25 mars 1900, donne une mortalité intégrale de 10,8 %, mais il montre qu'en réalité aucun cas de mort ne peut être imputé à l'opération.

Nous croyons que la mortalité due à la technique opératoire doit être nulle ou à peu près, du fait que celle-ci est bien mise au point et grâce aux grands progrès de l'asepsie. Le dérâpement du perforateur, le pincement des parties molles par le placement défectueux des cuillers, ne doivent pas se voir de même que la lésion de la paroi du canal génital par un fragment osseux faisant

saillie à la surface de la tête, à la suite d'un broiement insuffisant.

Mais il y a mortalité due à l'état de la mère au moment où on intervient; on a affaire en effet, le plus souvent, à une femme fatiguée par plusieurs jours de travail, par des applications de forceps malheureuses, et parfois brutales, ayant de la température, souvent une légère infection amniotique, et par conséquent de résistance très diminuée.

Dans tous les cas, les 4 basiotripsies exécutées dans le service de M. le docteur Devraigne n'ont entraîné aucune mortalité maternelle.

CONCLUSIONS

Les indications de la basiotripsie sont très diminuées du fait des progrès réalisés pendant les 30 dernières années dans le traitement des dystocies pelviennes.

Ces progrès sont tous d'ordre chirurgical. Il y a en effet, une tendance très marquée de l'obstétrique moderne à rechercher par des interventions chirurgicales, la solution de la plupart des grosses difficultés de l'accouchement dystocique.

Les progrès accomplis dans l'asepsie, l'anesthésie, le perfectionnement des techniques opératoires légitiment cette évolution. Les interventions chirurgicales offrent présentement le minimum de risques proches ou éloignés; l'accoucheur n'hésite pas à les proposer, les femmes mieux éclairées les acceptent plus facilement.

La basiotripsie qui bénéficiait autrefois grandement de ces hésitations perd du terrain de jour en jour.

Vu : *Le Doyen*,
H. ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse*,
COUVELAIRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Prat.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

EUGÈNE PRAT-FLOTTES

Externe des Hôpitaux
Décoré de la Croix de Guerre
Né à Toulon, le 22 Mai 1895

UN CENTRE HOSPITALIER DE TUBERCULEUX

Son Organisation, son Fonctionnement

Ses Annexes, ses Connexions

(Service de M. le Professeur Léon BERNARD)

Président : M. L. BERNARD, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1926

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Phys ologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR AL. PRAT-FLOTTES

FONDATEUR DE LA LIGUE TOULONNAISE CONTRE
LA TUBERCULOSE
ET DU SANATORIUM PROVENÇAL DE LA POUVERINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA MÈRE

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Léon BERNARD

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur a la Faculté
Commandeur de la Légion d'Honneur

Il a bien voulu nous confier la mission de décrire l'organisation de son service de l'hôpital Laënnec, dans lequel il a découvert et appliqué les principes de la prophylaxie de la première Enfance contre la tuberculose ;

Qu'il trouve ici le témoignage de notre profonde et respectueuse gratitude.

A MON MAITRE

M. le Docteur Paul SAINTON

Médecin des hopitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Témoignage de profonde reconnaissance

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Introduction

A une époque où le problème de la dépopulation préoccupe tout bon Français, la lutte contre la tuberculose constitue un moyen palliatif des plus propres à balancer le fléchissement de la natalité. La tuberculose cause des ravages considérables. Les statistiques ont montré avec exactitude l'ampleur effroyable de la maladie.

Sur cent Français de 29 à 30 ans qui disparaissent, la tuberculose en tue 42.

Ces chiffres, dont la triste éloquence ne peut qu'impressionner les esprits, sont pourtant pris au milieu de bien d'autres, aussi funestes.

C'est donc par une implacable nécessité que les Pouvoirs Publics ont été amenés à étudier et à combattre le fléau, et que dans le monde entier on a commencé, depuis déjà assez longtemps, à ébaucher l'organisation d'une lutte.

La propagande que répandirent certains pays fut conduite avec une activité si ardente, qu'il était devenu banal d'affirmer que les nations étrangères, dans cet ordre d'idées, avaient devancé la France. Les pays scandinaves, les Etats-Unis d'Amé-

rique, l'Angleterre surtout, voyaient leur mortalité tuberculeuse décroître fortement au cours de ces 50 dernières années.

Les Anglais, même, affirmaient que de 318 pour 1.000 décès en 1847, la mortalité par tuberculose était tombée à 106 pour 1.000 en 1920. Cependant, on prétendait que la pauvre vieille France acceptait sans conviction d'entrer dans la nouvelle croisade. Cette contestation était injuste. En 1913, en effet, en pleine paix, Paris comptait 321 cas de mort par tuberculose pour 1.000. En 1920, au lendemain d'une guerre atroce et ruineuse, la mortalité s'abaissait à 277. Doit-on faire l'honneur d'un résultat aussi rapide à l'improvisation d'un programme hâtivement copié sur l'étranger? Nul ne saurait le soutenir et, à ce sujet, les paroles prononcées à l'Assemblée Générale de l'Œuvre Grancher, en 1920, par le Docteur Selskar Gunn, de la mission Rockfeller, furent révélatrices de l'originalité et de l'influence de nos propres créations :

« En France, dit-il, nous avons appris à connaître deux choses qui nous manquaient : les dispensaires antituberculeux, type Calmette, et l'œuvre Grancher. La première est actuellement légion chez nous, en Amérique. Je suis persuadé que pareil succès est réservé à l'œuvre Grancher ».

Dispensaire type Calmette et Œuvre Grancher, comme nous aurons l'occasion de le mettre en lumière, sont, en effet, parmi les moyens les plus souples et les plus efficaces que l'on ait imaginés pour

combattre la tuberculose. D'autre part, l'Administration de l'Assistance publique à Paris à, de son côté, pris une part importante dans l'organisation de la lutte antituberculeuse, en instituant quelques centres hospitaliers de tuberculeux. L'hôpital Laënnec a abrité les deux premiers en date, qui, confiés depuis leur fondation à MM. les docteurs Léon Bernard et Rist, ont grandi tous les deux, grâce aux efforts combinés de leurs médecins chefs et de l'administration.

Le service de M. le Professeur Léon Bernard, à l'hôpital Laënnec, dans lequel nous avons travaillé, nous a offert un système d'organes complets en même temps que coordonnés de défense contre la tuberculose. C'est l'organisation de ce service qui fera l'objet de notre étude. Il nous sera aisé de voir en suivant pas à pas l'enchaînement des idées maîtresses de cette organisaion, combien la pensée française dont le génie est si particulier a su lui imposer ses caractéristiques : logique et simplicité.

Le service de tuberculeux dont nous allons nous occuper comprend actuellement :

1° Le service de consultation et de triage du dispensaire Léon Bourgeois ;

2° Le service des consultations spécialisées :

a) Consultation de prophylaxie anténatale réservée aux femmes enceintes ;

b) Consultation de prophylaxie postnatale réservée aux nourrissons ;

3° Une crèche, où des enfants du premier âge sont mis en observation ;

4° 4 salles d'hospitalisation pour tuberculeux adultes ;

5° Des laboratoires.

Mais le service dépasse les cadres de l'hôpital ; car il dispose de lits dans les sanatoriums, de pensions dans les préventoriums, de berceaux à la campagne. Ces placements s'effectuent grâce aux fondations :

1° De l'assistance publique (hôpital suburbain de Brévannes, sanatorium Villemin, à Angicourt, sanatoriums de Bicêtre et d'Ivry ;

2° De l'Office public d'hygiène sociale de la Seine (centres de placement d'Orthez, nombreux préventoriums et sanatoriums) ;

3° De l'Œuvre Grancher (placement des enfants sains) ;

4° De l'Œuvre du Placement familial des Tout-Petits (centres d'élevage de Sologne).

De plus, la tuberculose pose un problème social que le médecin, préoccupé avant tout de fixer le diagnostic et le pronostic de la maladie, ne peut résoudre. Il s'agit de protéger l'entourage et la société, de s'occuper du malade, de surveiller et soutenir sa famille. Il a donc fallu créer un service social qui organise, sous la direction du médecin, la prophylaxie familiale, la liaison et la coordination des me-

sures médicales et des moyens d'assistance. Une femme a été chargée de ce service, c'est l'Assistante sociale. Depuis quelques années, elle remplit avec compétence ses nombreuses attributions, mais s'efforce aussi de tempérer par la souplesse de son activité féminine la sécheresse des procédés administratifs.

Tel est l'ensemble du service.

Sous l'influence de quels facteurs, de quelles nécessités et par l'effort de quelles volontés son développement s'est-il accompli? Voilà ce qu'il nous semble utile de rechercher, à titre de démonstration et d'exemple, au cours de l'historique que nous allons tracer.

Nous analyserons, ensuite, les divers rouages du service ; nous en établirons l'action scientifique, les avantages sociaux, le rendement.

Historique

L'histoire de l'organisation des services de l'hôpital Laënnec, appartient à l'histoire générale de la lutte contre la tuberculose. Elle se rattache en particulier et partiellement à l'histoire de l'œuvre antituberculeuse de l'Administration Générale de l'Assistance Publique à Paris. Il n'est pas superflu de rappeler que l'Assistance Publique se préoccupe depuis longtemps du sort des tuberculeux.

En 1894, elle crée le sanatorium Villemin à Angicourt.

En 1896, elle réunit une commission dite de la tuberculose dont les rapporteurs MM. les Professeurs Grancher et Thionot, déposèrent un projet d'aménagement de salles spéciales dans certains hôpitaux. La commission de surveillance de l'Administration Générale de l'Assistance Publique adopte leurs conclusions ; et le 27 décembre 1897, l'hôpital Laënnec doit consacrer quatre de ses salles : Rabelais, Grisolles, Langle et Louis, à l'isolement des tuberculeux.

Cet arrêté cependant semble n'avoir jamais été mis en exécution : car ces salles continuèrent à être réservées aux chroniques de toutes catégories.

Désormais, devant les ravages occasionnés par la tuberculose et grâce aux connaissances nouvelles sur la spécificité de l'affection et de sa contagion, les idées de protection et de prophylaxie vont naître et progresser.

Des précurseurs se révèlent :

A Lille, en 1901, Calmette fonde le premier dispensaire antituberculeux. Bientôt après, à Lyon, le professeur Courmont suit l'exemple.

A Paris, les hôpitaux vont devenir le théâtre d'un grand mouvement de restauration architecturale et de réinstallation technique.

A méthode nouvelle, méthode de précision et de netteté : locaux nouveaux, instrumentation moderne.

La loi du 7 avril 1903, sur les travaux hospitaliers, donnera la possibilité de songer enfin à réaliser la création de services spéciaux. Le Conseil de Surveillance est alerté : en 1904, M. G. Mesureur y fait de nombreuses communications. On élabore le projet d'un hôpital de tuberculeux.

C'est qu'en effet, le Ministre de l'Intérieur vient, sur avis de la Commission Permanente de la tuberculose, de prescrire d'une façon formelle, par sa circulaire du 15 janvier 1904, l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux.

Le 15 février 1906, devant la Commission de Surveillance de l'Assistance publique à Paris, M. Léon Bourgeois, rapporteur de la commission de la tuberculose, présente un rapport.

Jamais démonstration ne fut développée avec plus de clarté ni de maîtrise. Du premier coup, Léon Bourgeois pose les principes demeurés immuables de ce que devait être la lutte contre la tuberculose à Paris et ailleurs. Il expose d'abord que la tuberculose, maladie sociale, est sociale dans ses causes comme dans ses effets. Il en déduit qu'il faut pouvoir établir la défense de l'individu sain contre le milieu malsain, et protéger le milieu encore sain de l'individu malade.

Ainsi est posé le double problème de la tuberculose : « Le risque mutuel », par lequel toute la société est intéressée à la guérison d'un seul individu.

Pour résoudre ce problème, l'Assistance Publique doit toucher la misère et le mal à leur source même, au foyer individuel.

« Il nous faut, dit Léon Bourgeois, un organe externe, un agent actif qui ait pour mission de dépister la maladie, de reconnaître l'invasion sourde à son début et de révéler à celui qui est touché ce qu'il doit faire pour soi-même, pour ceux qui l'entourent. Cette organisation externe, c'est le dispensaire. »

Le rôle extérieur sera assuré par des dépisteurs et des visiteuses; les dispensaires de Lille et de Liège ont montré déjà l'excellence des résultats qu'on peut attendre de cette organisation.

Léon Bourgeois prévoit que le dispensaire sera la grande consultation hospitalière des tuberculeux de Paris ; « il sera le centre de notre action pro-

phylactique et le point de mise en mouvement de notre action hospitalière ». « L'action du dispensaire manquera son effet si le médecin n'a pas à sa disposition des lits, des lits de toutes catégories. »

Le dispensaire devra être relié à un double service d'hôpital urbain et suburbain. C'est pourquoi seront créés :

1°). Un quartier spécial de tuberculeux à Laënnec qui groupera 250 lits ;

2°) Un quartier de 500 lits à Brévannes, dans un hôpital suburbain.

Ainsi, le dispensaire sera « à la tête d'un système, le régulateur d'un organisme groupant près de mille lits sous une impulsion unique. C'est par là qu'il est une innovation sans précédent, une conception originale » (1).

***

Les travaux du dispensaire et du quartier spécial sont commencés le 5 août 1907.

Le dispensaire est construit par M. Belouet, architecte, sur les terrains de l'hôpital Laënnec, en bordure de la rue Vaneau.

Elégamment conçu, réalisé selon le goût de la netteté moderne, il comprend en raison de sa destination des dispositions particulières : plafonds élevés, revêtement du sol en grès cérame, et des

(1) Prof. L. Bernard. — Rapport sur le Dispensaire Léon Bourgeois. 1913.

murs en carreaux de faïence blanche, larges baies en vue d'une aération permanente des locaux. Un rez-de-chaussée et un étage.

Le quartier spécial de tuberculeux de l'hôpital Laënnec doit s'établir ; dans les vieilles salles en croix longtemps réservées « aux Chroniques », et dont la vétusté commande la restauration.

M. Belouet s'y emploie. La hauteur considérable des plafonds lui fournit l'occasion d'une inspiration heureuse. Dans ces salles qui abriteront des tuberculeux, il va répandre l'air et la lumière ; il lui suffira d'agrandir les fenêtres. Il les transforme, en effet, en des baies de 4 mètres 50 de hauteur. Le sol est établi en grès cérame, les murs revêtus à deux mètres au-dessus du sol de carreaux blancs.

Ainsi, le vieux bâtiment en croix, rénové, pourra abriter deux services : soit 228 lits, en établissant par des cloisons convenables les bureaux des surveillantes et les annexes indispensables à chaque service : laboratoires offices, W. C., salles de réunion et de repos.

⁂

L'ensemble de tous ces travaux est terminé en 1910, et les deux services spécialisés de tuberculeux sont ouverts en décembre 1910.

Quels résultats allaient donner ces innovations? Qu'attendre de cet isolement des tuberculeux qu'aucun prétendait inutile et fastidieux? Nul ne pouvait le prévoir. Qui prendrait la responsabilité

de ces nouveaux services? Des jeunes assurément — auxquels incombent naturellement les corvées. C'est ainsi que MM. les Docteurs L. Bernard et Rist deviennent, à compter du 1er janvier 1911, médecins du quartier spécial de Laënnec.

Cependant, contrairement aux coutumes hospitalières qui considéraient jusqu'alors l'accomplissement du Service des Chroniques comme un devoir sans gloire, MM. L. Bernard et Rist s'adonnent à la tuberculose. Avec l'esprit critique le plus sévère, ils se mettent fiévreusement au travail.

Entre temps, le dispensaire de la rue Vaneau fonctionne. Comme le quartier spécial des tuberculeux de l'hôpital Laënnec, il ouvre ses portes en 1910.

L'illustre professeur Dieulafoy vient de quitter la clinique de l'Hôtel Dieu, atteint par la limite d'âge, en pleine vigueur intellectuelle. L'Administration de l'Assistance Publique lui demande de prendre la direction du dispensaire, car elle espère que le renom du vieux maître est nécessaire pour donner à l'institution nouvelle une consécration définitive.

En fait, chaque jour, consciencieusement, Dieulafoy vient assister aux consultations du dispensaire. Son dévouement n'est pas vain : l'œuvre vit et prospère.

Mais au mois d'août 1911, le professeur meurt, le dispensaire n'était pas encore officiellement inauguré.

Le 26 décembre 1911, MM. L. Bernard et Rist s'engagent à demeurer quatre ans à Laënnec ; moyennant cette condition, l'Assistance Publique leur confie le dispensaire qu'elle rattache à leur service du quartier spécial.

Il est exceptionnel que de jeunes médecins des hôpitaux conservent longtemps leur premier service. Ils sont impatients, en effet, de devenir les chefs des salles où les malades se succèdent; ils y ont l'occasion d'observations nombreuses et variées, de vérifications précises, d'études complexes, de leçons cliniques et de communications aux sociétés savantes.

Si l'on en juge rétrospectivement, la décision que prirent MM. L. Bernard et Rist leur fait honneur. Il est juste de reconnaître qu'il leur fallut un véritable courage pour préférer l'étude aride et peut-être stérile du problème tuberculeux, à la course facile et brillante que l'Assistance Publique pouvait leur offrir dans ses autres services.

⁂

Or, le Professeur Landouzy enseignait à l'hôpital Laënnec, sa clinique était réputée, ses élèves nombreux. Il désire lui aussi s'associer de toute son autorité à l'effort antituberculeux de l'Assistance Publique. Il obtient qu'une salle de 26 lits, la salle Quesnay, soit désormais réservée aux tuberculeux et rattachée à son service.

A cette occasion, un fait important surgit : Landouzy demande et obtient que *la crèche* de la clinique médicale de Laënnec, salle Guersant (18 lits, 18 berceaux), recevant jusqu'alors des femmes et des nourrissons atteints de maladies diverses, sera réservée à des mères tuberculeuses et à leurs enfants ou à des enfants tuberculeux allaités par leur mère.

De plus, par mesure transitoire et à titre essentiellement personnel, le Professeur Landouzy est chargé, sur sa demande, conjointement avec MM. Léon Bernard et Rist, de la direction du dispensaire.

Dès la fin de 1911, l'organisation antituberculeuse de l'hôpital Laënnec se compose :

1° Du quartier spécial des tuberculeux avec :

Le service du Professeur Landouzy :

Une salle de femmes tuberculeuses et une crèche spécialisée.

Le service du Dr L. Bernard :

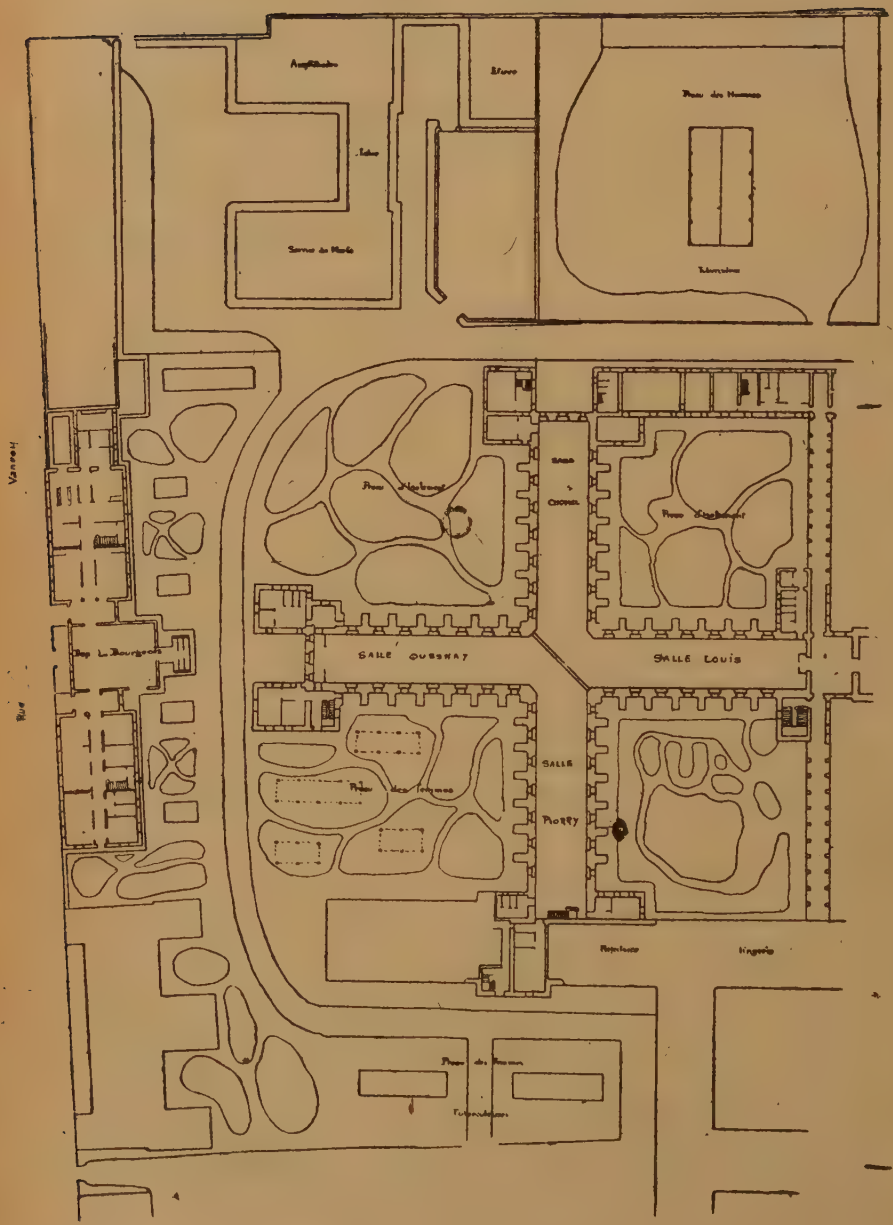
56 lits d'hommes.
30 lits de femmes.

Le service du Dr Rist :

56 lits d'hommes.
56 lits de femmes.

HÔPITAL LAENNEC

Dispensaire et Quartier Spécial des Tuberculeux.
1918.



2° Le dispensaire de la rue Vaneau, dont le fonctionnement est assuré, à tour de rôle, par les trois chefs de service.

L'inauguration du dispensaire a lieu, enfin, le 12 décembre 1913. Il fonctionne cependant depuis deux ans et demi.

Au cours de la cérémonie, l'Administration générale de l'Assistance publique décerne au dispensaire de la rue Vaneau le nom de son promoteur : Léon Bourgeois.

Celui-ci, dans son discours, après avoir remercié l'Assistance, exprime sa reconnaissance au corps médical, pour l'appui moral et scientifique qu'il donnait à son œuvre.

« Les deux chefs de service du dispensaire, dit-il, MM. L. Bernard et Rist, ont prouvé pratiquement l'intérêt et l'utilité d'un service purement et simplement tuberculeux, et qu'il y avait là, pour de jeunes médecins, un champ admirable où ils pouvaient montrer leurs aptitudes et leur dévouement ». —

Voilà le dispensaire Léon Bourgeois en plein fonctionnement. Comment, *en 1913*, médecins et Assistance publique le conçoivent-ils ?

Le personnel du dispensaire comprend :

Pour le service médical :

3 médecins chefs de service.
6 médecins assistants.
2 élèves externes.

1 médecin chef et 2 médecins chefs-adjoints de laboratoire.

Pour le service administratif et hospitalier :

1 surveillant visiteur.
1 surveillante.
1 première infirmière.
7 infirmières brevetées.
1 garçon de laboratoire.
3 garçons de service.
2 filles de service.

L'édifice est disposé ainsi :

A) Rez-de-chaussée : Un bureau pour les admissions.

Une salle d'attente.
Trois cabinets de consultation pour les médecins-chefs.
Le bureau du visiteur et les archives.
Le laboratoire.
Un poste de radioscopie.
Une salle de bains-douches.
Une lingerie comprenant deux pièces :

L'une où les malades remettent leur linge sale en sacs fermés, l'autre où, à travers un guichet, l'infirmière préposée fait passer le linge propre étuvé.

B) 1er étage : Une salle d'hommes, une salle de femmes, vastes et aérées, meublées de chaises-longues, sont réservées à la cure d'air et de repos.

Un réfectoire commun.
Une bibliothèque.

L'Assistance publique a créé le dispensaire Léon Bourgeois. Œuvre d'assistance, le dispensaire disposera de toutes sortes de secours. A cet égard, André Mesureur s'exprime ainsi dans la *Presse Médicale* en 1913 : « Le dispensaire doit posséder toutes les formes d'assistance accessible aux tuberculeux : sinon isolé, sans moyens, sans action, il est destiné à voir son action limitée étroitement.

Donc, au dispensaire Léon Bourgeois, le tuberculeux trouve assistance médicale et assistance sociale (1).

L'assistance médicale est, à cette époque, constituée par des consultations journalières, tous les matins, y compris le dimanche, et trois après-midi par semaine.

Le malade qui se présente aux consultations est inscrit sur les registres et reçoit une carte d'admission. Il est dirigé ensuite sur la consultation médicale. L'examen clinique de ce malade est pratiqué aussitôt, son observation prise ; il est radioscopé ; ses crachats seront analysés.

L'assistance sociale est déclanchée par le service administratif. Celui-ci comporte :

---

(1) Il est utile d'insister sur la manière dont ces conceptions ont été réalisées, car aujourd'hui le fonctionnement du dispensaire a dû être modifié ; nous verrons plus tard comment.

1° Une enquête à domicile, au cours de laquelle le visiteur, fonctionnaire spécialisé de l'Assistance Publique, s'enquiert de la situation du logement, de la disposition des locaux, des ressources de la famille, des secours déjà reçus. Il établit un dossier où sont classés tous les renseignements recueillis.

2° Une visite de prophylaxie accomplie au logement du malade par une des trois infirmières spécialisées, brévetées de l'Ecole des Infirmières de l'Assistance publique. Cette visite a un caractère d'ordre moral et hygiénique. Avec patience, l'infirmière fait comprendre les dangers de la contagion et les bienfaits de la propreté, de l'aération permanente. Elle combat l'alcoolisme, conseille des mesures de prophylaxie, propage l'usage des crachoirs. Suivant l'ordonnance du médecin, elle peut procéder à l'accomplissement de petits soins, placer des ventouses, par exemple. En un mot, l'infirmière visiteuse est le porte-parole et le « témoin fidèle » du médecin, dont elle prolonge l'action.

Bien entendu, l'infirmière établit son rapport, souvent même elle relève le plan de l'appartement, la disposition des lits et peut prouver d'une façon imagée la surpopulation d'un taudis.

Dès la seconde consultation, la décision médicale, basée sur l'examen complet du malade, les résultats de laboratoire, les renseignements de la radioscopie, ainsi que sur les dossiers sociaux, est prise.

Il s'agira suivant les cas, soit :

a) de soins à donner au dispensaire (cure de Laënnec),

b) de soins à domicile sous la surveillance du personnel du dispensaire (ventouses, injections sous-cutanées),

c) d'admission au quartier spécial de l'hôpital Laënnec pour les formes aiguës ou évolutives,

d) d'envoi à l'hôpital suburbain de Brévannes (500 lits) pour les malades susceptibles de s'améliorer par une cure de repos à la campagne,

e) d'envoi dans un sanatorium,

f) pour les enfants sains, de placement dans une pension de l'œuvre Grancher,

g) pour les enfants déjà atteints, d'un lit d'hôpital, ou d'un séjour à Hendayes,

h) de la cure du dispensaire.

La cure du dispensaire, dite cure de Laënnec, a fonctionné régulièrement de 1912 à 1914 ; de 8 heures du matin à 6 heures du soir, les malades désignés y sont admis.

En arrivant, ils se déshabillent, laissent leurs vêtements et reçoivent un vêtement d'hôpital. Ils gagnent ensuite la salle de cure, où chacun dispose d'une chaise-longue. A onze heures, déjeuner. A trois heures, viande crue. De 1 à 4 heures, prise de la température et petits soins. A 5 heures, dîner. A 6 heures, les malades regagnent leur logis, pour la nuit.

En 2 ans et 7 mois, on compte 25.430 journées de malades.

L'Assistance du tuberculeux au dispensaire doit se compléter de secours. On comprend qu'un tuberculeux encore valide, soustrait à son milieu, ne consente au repos que si sa famille et sa bourse n'en souffrent point ; d'où secours pour achat de literie, distribution de crachoirs et de thermomètres, blanchissage hebdomadaire et gratuit du linge de corps.

Le succès est éclatant, car le bruit se répand vite que ce n'est pas en vain que l'on fait appel au Dispensaire Léon Bourgeois. Tous les malades de Paris peuvent venir s'y inscrire et bientôt tous les lits que le Dispensaire a le droit de garnir se trouvent occupés, réservés ou promis plusieurs mois à l'avance. La question se pose pour l'avenir de doter Paris de nouveaux organismes. Il devient urgent de diviser la Ville et sa banlieue en circonscriptions dont chacune possédera un dispensaire antituberculeux type Calmette. Ce projet constitue la deuxième partie d'un rapport présenté par M. L. Bernard au Conseil Général de la Seine, le 24 avril 1913, au nom de la Commission de la Tuberculose instituée par cette Assemblée. Par la même occasion mais d'un autre point de vue, l'auteur pose dans son rapport des principes nouveaux de lutte antituberculeuse.

« Le dispensaire type Calmette représente, écrit-il, essentiellement un instrument de prophylaxie sociale et non un établissement de cure indivi-

duelle.... Le traitement du malade au dispensaire doit, surtout, jouer le rôle d'une amorce pour amener et retenir la clientèle ; mais la véritable destination du dispensaire est toute autre ; il doit viser à dépister les malades, à faire l'éducation hygiénique de ceux-ci dans leur famille, à assurer la désinfection et par conséquent la prévention autour du malade. »

Ces paroles, venant affirmer l'importance des principes énoncés par Calmette, contiennent le germe de toute l'organisation future de la lutte contre la tuberculose en France. C'est d'elle que naîtront un jour les dispensaires d'Hygiène sociale, purement prophylactiques.

Telle est, en 1913, l'organisation dont l'Assistance publique avait doté Paris.

Survient la guerre. La cure du Dispensaire Léon Bourgeois est suspendue et ne sera jamais reprise.

Bien que le Dispensaire et les Services spécialisés de Laënnec fonctionnent à plein rendement sous les ordres du Dr Kuss, les animateurs de Laënnec sont aux Armées et il faut attendre leur retour pour que soit reprise la marche progressive d'une organisation qu'ils ont toujours à cœur de perfectionner.

Cependant, le Doyen Landouzy meurt le 10 mai 1917 ; selon les dispositions de 1911, il n'est pas remplacé comme chef de service au dispensaire Léon Bourgeois dont MM. L. Bernard et Rist restent seuls à assumer la direction. De plus, la salle Ques-

nay et la crèche Guersant sont rattachées au service de M. le Professeur L. Bernard. Nous avons vu que Landouzy avait spécialisé cette crèche en la faisant affecter uniquement aux mères tuberculeuses et à leurs nourrissons sains ou malades : le nouveau chef de service demande à l'Assistance Publique et obtient que la crèche jusqu'alors organe d'assistance, hospitalisant les femmes tuberculeuses des autres crèches pour éviter la contagion des femmes saines, devienne un organe de prophylaxie, hospitalisant les nourrissons, issus de père ou mère tuberculeux, pour procéder à leur isolement, leur observation, leur triage.

Or, l'enfant du premier âge ne pouvait, administrativement, être admis à la crèche qu'accompagné de sa mère ; ainsi, la crèche était fermée au nourrisson dont le père était, seul, l'agent de la contamination.

L'assistance publique reconnaissant cette contradiction, autorise, depuis lors, l'admission de l'enfant et celle de celui de ses ascendants qui est malade, même si c'est le père, qui sera, dans ce cas, admis dans une salle d'hommes. C'est dire que ce service, devenu un service de prophylaxie, n'est une crèche que de nom.

Entre temps, le 15 avril 1916, avait été promulguée une loi instituant des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. En application de cette loi, le Conseil général de la Seine vote, en juillet 1918, la création de l'Office pu-

blic d'hygiène sociale de la Seine, qui se fixe pour but de : « Créer un réseau de dispensaires assez complet et assez serré pour qu'aucun quartier, aucune localité ne puisse échapper au dépistage des malades, à l'intervention prophylactique dans les familles ». A cet effet, Paris est divisé en un certain nombre de secteurs devant comprendre chacun un ou plusieurs dispensaires.

Pour les I^er^, II^e^ et VII^e^ arrondissements, les services sont assurés dès 1921 au dispensaire Léon Bourgeois, grâce à une entente établie entre l'Assistance publique et l'Office public d'hygiène sociale à la prière instante de M. Léon Bernard, président de la Commission des dispensaires de l'Office. Les dispensaires d'hygiène sociale de ces trois arrondissements sont logés par l'Assistance publique au Dispensaire Léon Bourgeois, mais c'est l'Office qui en assure le fonctionnement par la création d'un service social d'infirmières visiteuses sous la direction des médecins attachés au Dispensaire Léon Bourgeois, M. le D^r^ Rist pour le VII^e^, M. le professeur L. Bernard pour le I^er^ et le II^e^.

Depuis 1921, le Service dont nous rapportons l'histoire comprend donc :

1° Pour les hommes, les salles : Chomel, 27 lits ; Louis, 26 lits ;

2° Pour les femmes, les salles : Piorry, 25 lits ; Quesnay, 26 lits ;

3° Une crèche : 18 lits, 18 berceaux ;

4° Des laboratoires ;

5° Le Service du Dispensaire Léon Bourgeois ; les dispensaire d'hygiène sociale du Ier et du IIe arrondissements.

Aujourd'hui, dans ces divisions, le Service reste identique. Il ne diffère que par une organisation plus ample due à la création d'organes de prophylaxie générale et plus spécialement d'œuvres de préservation de la première enfance.

Ce n'est pas à la coordination des faits sociaux dont on peut tirer parti au Dispensaire qu'il faut attribuer un tel épanouissement ; c'est à la recherche scientifique seule, recherche qui a permis d'introduire dans la lutte contre la tuberculose un facteur nouveau et primordial : la contagion rapide et brutale du nourrisson par l'entourage tuberculeux.

Déjà, le professeur Grancher, en 1903, avait fondé l'Œuvre de préservation de l'Enfance contre la tuberculose. « Quand la tuberculose, disait-il, sévit dans un étroit logis et frappe le père ou la mère, la contagion des enfants est presque fatale et j'ai pensé que le meilleur moyen de lutter contre la tuberculose était de lui enlever sa proie ».

Placer à la campagne des enfants de 3 à 10 ans, encore sains, les confier jusqu'à 13 ans à des familles de paysans également sains, les mettre sous la surveillance de médecins de campagne, voilà le but de l'Œuvre, et selon les paroles de Grancher : « cette sélection de la graine encore saine de la race

humaine réalise la formule de Pasteur appliquée à la sériciculture ».

Après 17 ans de fonctionnement, le Dr Armand Delille, secrétaire général de l'Œuvre, pouvait affirmer en 1920 que si la mortalité des enfants laissés avec leurs parents tuberculeux est de 40 %, celle des enfants séparés de leurs parents et confiés à l'Œuvre est réduite à moins de 1 pour 1000.

C'était un magnifique essai de sauvetage de l'Enfance.

Malheureusement, l'Œuvre était incomplète, elle n'étendait pas aux nourrissons le bienfait de son organisation.

Il appartenait au Professeur L. Bernard et à son collaborateur le Dr Debré de démontrer la gravité de cette lacune. Le 5 octobre 1920, M. Léon Bernard apporte à la tribune de l'Académie de Médecine le résultat des expériences et des observations faites dans les laboratoires et dans la crèche de Laënnec.

Il démontre que si l'on interrompt à temps le contact de la mère tuberculeuse et de son nourrisson, on préserve celui-ci de la contamination, et que si cette séparation ne s'est effectuée qu'après la contamination, on peut encore sauver l'enfant de la mort. Neuf fois sur dix, la contagion est maternelle ; elle est d'autant plus grave qu'elle se fait d'une façon plus précoce et plus massive.

Une déduction s'imposait : isolement du nourrisson pratiqué dès sa naissance.

C'est alors que, « dans le but de soustraire les

nourrissons à la contagion, de les dérober à la tuberculose et à la mort, de leur offrir enfin des conditions hygiéniques d'existence qui fortifient leur santé, une Œuvre s'est créée : le Placement familial des Tout-Petits. Son objet, conforme aux principes de Grancher, est de confier à des paysans offrant toutes garanties physiques et morales des nourrissons encore sains, exposés à la contagion tuberculeuse dans leur famille et que leurs mères malades ne doivent pas nourrir ».

De l'ensemble de leurs travaux, MM. L. Bernard et Debré tirent des méthodes inédites de préservation tuberculeuse :

Prophylaxie anténatale et prophylaxie postnatale. Ce sont ces deux méthodes que l'on applique actuellement dans le Service. On continue à en étudier les modalités et le rendement. Chaque jour vient affirmer davantage que le nourrisson ne naît pas tuberculeux, mais peut le devenir au début même de sa vie.

*
* *

Nous venons de voir comment furent progressivement assemblés les éléments qui constituent le Centre hospitalier de tuberculeux dont nous nous sommes proposés la description ; nous allons maintenant reprendre ces éléments un à un pour en expliquer les rouages, en montrer les relations, en suivre les filiations.

Nous nous occuperons successivement :

1° Du Dispensaire Léon Bourgeois, centre de diagnostic, de prophylaxie et de placement,

2° Des consultations de femmes enceintes et de nourrissons, de la crèche, appelée aujourd'hui crèche Landouzy, de l'Œuvre du Placement familial des Tout-Petits, organismes propres au service et destinés à la préservation de la première enfance,

3° Des salles d'hospitalisation pour adultes,

4° Des laboratoires,

5° Du service social,

6° De l'enseignement médical,

7° De l'enseignement pratique des infirmières visiteuses d'hygiène sociale.

Pour accomplir le travail médical que suppose un tel cadre, le chef de service est entouré de médecins assistants et d'élèves.

L'administration de l'Assistance publique maintient dans le service : 4 médecins assistants dont 3 pour le Dispensaire, 1 pour la crèche, 1 médecin-

chef de laboratoire, 1 interne, 13 externes. Mais ce personnel encore trop peu nombreux reste insuffisant, et il est renforcé de 4 à 6 médecins assistants bénévoles français ou étrangers.

Le Dispensaire Léon Bourgeois

Deux médecins, avons-nous dit, sont à la tête du Dispensaire Léon Bourgeois. Ils ont les mêmes attributions ; ils dirigent deux services ayant même organisation, même fonctionnement. C'est dire que la description objective des modes d'activité du Dispensaire Léon Bourgeois peut expliquer la marche de l'un et de l'autre de ces services.

Depuis sa fondation le Dispensaire a modifié ses directives. S'il remplit aujourd'hui le but que son fondateur lui avait assigné dans son rapport de 1916, il faut reconnaître que chefs de service et administration ne sont arrivés à lui donner sa forme actuelle que peu à peu et progressivement. On ne doit pas oublier, en effet, que ce Dispensaire a été créé par l'Assistance Publique, qu'il est par définition une œuvre d'assistance et que, bien qu'on ait cherché à donner à son fonctionnement primitif des tendances prophylactiques, il agit aujourd'hui comme une consultation spécialisée avec simple possibilité de quelques visites administratives et parfois sociales au domicile des malades. Du reste, le Dispensaire serait incapable avec ses seules ressources et vu le per-

sonnel très restreint de visiteuses spécialisées dont il dispose, d'assurer l'éducation prophylactique de la population des 14 arrondissements de sa circonscription. Il s'éloigne donc de la formule Calmette, selon laquelle il faut non seulement dépister la maladie, mais encore assurer la préservation autour du malade.

Ce que le Dispensaire Léon Bourgeois ne pouvait réaliser, l'Office public d'Hygiène sociale de la Seine l'a accompli.

On sait que l'O. P. H. S. ayant adopté le système Calmette, l'applique dans les dispensaires d'hygiène et de préservation sociale qu'il a institués dans tous les arrondissements de Paris, et en particulier dans les services d'hygiène sociale des I^er^, II^e^ et VII^e^ arrondissements qui fonctionnent au dispensaire Léon Bourgeois, permettant ainsi à ce dernier de joindre à son œuvre d'assistance une organisation prophylactique. Mais alors qu'il étend son assistance à toute sa circonscription, le dispensaire Léon Bourgeois n'étend son œuvre prophylactique que sur les trois arrondissements précités.

Quel que soit le caractère d'assistance ou de préservation des organismes modifiés ou créés, l'intervention médicale reste la base de l'institution. Il faut diagnostiquer la maladie, en deviner l'évolution ; le triage et toutes décisions utiles viennent après.

Ainsi, le travail qui s'accomplit journellement au Dispensaire Léon Bourgeois, grâce à la pénétration mutuelle des services d'assistance et de prophylaxie

sous l'égide médicale, consiste en un acte triple d'assistance :

Assistance médicale, assistance administrative et assistance sociale, triple action qui a pour résultat de découvrir le tuberculeux, de le soutenir, de le soigner, de l'isoler d'une part, et d'autre part de protéger la Société.

***

Un service de dispensaire n'est pas un simple service de consultation externe. Dans une consultation ordinaire, le malade, bien souvent, ne fait que passer. L'ordonnance délivrée, le rôle de l'Assistance publique est terminé ; au dispensaire Léon Bourgeois, ce rôle, au contraire, ne fait que commencer.

La tuberculose est une maladie d'évolution généralement lente qui demande à être suivie avec beaucoup d'attention. Le malade qui se présente au dispensaire ne peut pas être un client de passage, logiquement il faut qu'il fréquente la maison, qu'il y soit connu de tous et y excite l'intérêt.

Tout le monde sait qu'un malade, à quelque classe sociale qu'il appartienne, est toujours intimidé par l'apparat médical. A plus forte raison, lorsqu'il s'agit de venir établir sa misère physique et morale devant un maître entouré de nombreux élèves. Cette crainte bien naturelle a été vaincue peu à peu par l'effort du personnel et surtout par le prestige des chefs de services. Aussi, la première timidité surmontée, le malade sollicité par le médecin ne reculera plus devant la nécessité des consultations régu-

d'inculquer au malade qu'il y a une impérieuse nécessité à fréquenter assidûment les consultations au Dispensaire Léon Bourgeois.

La première consultation, en effet, déclanche le mécanisme d'assistance. Le malade qui se présente est pris en charge par le bureau des entrées. Il reçoit une carte d'immatriculation et on lui assigne les jours de consultation d'un des deux médecins chefs. Au jour dit, le malade est introduit dans la salle d'attente du rez-de-chaussée. L'heure de la consultation médicale arrivée, l'infirmière de service fait l'appel des consultants et les conduit, sexes séparés, dans la salle de radioscopie, où l'on procède à leur examen radiologique. Le résultat de cet examen est inscrit sur l'observation sans en oublier la date. La raison pour laquelle on commence l'examen général par la radioscopie n'est nullement clinique, mais une nécessité répondant au principe de la Taylorisation.

Les malades sont ensuite conduits au premier étage. Cet étage du Dispensaire Léon Bourgeois a été modifié après la guerre. On sait, en effet, que la guerre ferma la cure du Dispensaire. Cette cure ne fut jamais reprise. Elle était d'ailleurs illusoire, car trop exigüe (28 malades seulement pouvant en profiter) et très mal comprise de certains tuberculeux. Une réfection des locaux fut donc entreprise ; la salle centrale du réfectoire devint une grande salle de conférences où les chefs de services purent désormais exercer commodément leur enseignement. lières. Le premier effort du dispensaire est donc

Les deux grandes salles de cure judicieusement divisées furent transformées en cabinets médicaux d'un côté, salles de pesée et de déshabilloirs de l'autre. Ces déshabilloirs sont de petites cabines, isolées l'une de l'autre, constituées par une armature de tiges en fer, supportant un rideau blanc. L'avantage de ce dispositif consiste dans la désinfection facile de la cabine : les rideaux étant changés fréquemment et stérilisés. Le déshabillage jusqu'à la ceinture a lieu sous la surveillance d'une infirmière. Les malades sont pesés, leur poids inscrit sur la feuille d'observation à la date du jour, puis introduits dans le cabinet de consultation. L'interrogatoire très précis ne manque pas de s'enquérir de l'entourage. La réponse est rarement claire, on est obligé de prier le malade d'amener sa famille à la prochaine consultation. Interrogatoire, examen, rédaction de l'observation sont exécutés par un externe. Le malade est enfin présenté au médecin. Celui-ci inscrit ou fait inscrire sur la feuille d'observation, au niveau des schémas et suivant les signes convenus, les résultats de son examen. Il fait hospitaliser d'urgence les malades en évolution aiguë ; pour les autres, afin d'étayer le diagnostic, il prescrit selon les cas des examens bactériologiques, des analyses chimiques ou biologiques, des films radiographiques, il demande des consultations de spécialistes.

Chaque chef de service a le laboratoire du Dispensaire à sa disposition. Ce laboratoire, dirigé par un médecin chef et un médecin sous-chef de labora-

toire, compte trois infirmières et un garçon de service. Il effectue toutes les analyses de crachats qui lui sont envoyées, aussi bien pour des examens simples que pour des homogénéisations. Les résultats sont recueillis par les infirmières du Dispensaire qui les transcrivent sur chaque observation. Les crachoirs sont désinfectés, nettoyés et rendus aux infirmières qui en assurent la distribution.

Les médecins chefs peuvent encore utiliser une consultation d'oto-rhino-laryngologie installée dans une salle spéciale du premier étage et dirigée par un assistant de M. le Dr Henri Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Laënnec. Les malades adressés y sont examinés et traités, une fiche est établie que l'on joint à leur dossier médical.

Les médecins ont pris leurs observations, les infirmières les ont classées, en un mot le dossier médical est constitué ; l'administration à son tour va constituer le sien : le dossier administratif.

Ce sera le travail du visiteur chef et des trois visiteuses spécialisées du Dispensaire Léon Bourgeois. Si l'on pense qu'en 1925, 28.196 malades ont fréquenté le Dispensaire, on admettra facilement que ce personnel ne puisse effectuer au domicile des tuberculeux qu'un nombre de visites très restreint par rapport au chiffre considérable des inscrits et que les visites ont presque uniquement un but administratif.

Qu'un malade soit, en effet, en instance d'hospitalisation dans un service d'hôpital, de placement

dans un sanatorium ou un préventorium de l'Assistance publique, ou qu'il attende pour son enfant une pension à l'Œuvre Grancher, la proposition émanant du Dispensaire Léon Bourgeois ou d'un dispensaire de l'O. P. H. S., l'Administration a besoin de renseignements. C'est par la visite à domicile des visiteuses spécialisées qu'ils sont recueillis. Les visiteuses établissent la situation budgétaire du malade et de sa famille, afin que l'Assistance publique fixe dans quelles proportions elles participera aux frais.

Elles ont également à éliminer les malades qui, n'ayant pas un séjour de résidence à Paris suffisant, ne se trouvent pas remplir les conditions requises pour être admis dans les services de l'Assistance publique parisienne. Elles se rendent compte de la misère d'un logis et sur leur demande le visiteur chef pourra faire donner des secours aux malades qui attendent parfois assez longtemps chez eux qu'un lit soit libre au sanatorium ou à l'hôpital. Ces secours, dits secours d'attente, distribués par l'Administration, ne sont jamais inférieurs à 50 fr. Les visiteuses signalent au casier sanitaire de la ville de Paris les logements de tuberculeux qu'elles ont visités. Elles réclament encore au service sanitaire de la préfecture de police la désinfection de l'appartement occupé par un tuberculeux en cas de mort, soit à l'occasion d'un placement ou d'un déménagement.

La désinfection est d'une manière générale diffi-

cile à faire accepter ; d'autre part, elle ne peut être imposée puisque la tuberculose n'est pas encore une maladie à déclaration obligatoire. Il en résulte qu'elle est systématiquement refusée par les tenanciers d'appartements garnis ; cet état de choses laisse subsister un sérieux danger de contamination pour la population flottante.

Enfin, le visiteur, secrétaire du dispensaire, s'occupe du placement des enfants proposés pour l'Œuvre Grancher, en ce qui concerne les cent bourses annuelles que l'Assistance publique met à la disposition du dispensaire.

En somme, l'effort administratif de l'Assistance publique tend au placement des malades. Et c'est pourquoi, elle a créé des services spécialisés d'hôpitaux, des sanatoriums, des préventoriums, qui soustraient le tuberculeux à son milieu.

***

Un malade du I^er^, II^e^ ou VII^e^ arrondissements se présente-t-il pour la première fois au dispensaire Léon Bourgeois, il est inscrit comme les autres sur les registres du dispensaire, mais il est soumis à des réglements différents. On l'adresse, en effet, aux services d'hygiène sociale de ces arrondissements, qui fonctionnent, on le sait, dans ce même dispensaire Léon Bourgeois. Il y est reçu par une infirmière visiteuse qui l'inscrit sur le registre d'entrants.

Le travail de l'infirmière, dite infirmière visiteuse d'hygiène sociale, va nous montrer quelles sont les méthodes et les organismes que l'Office public d'hygiène sociale de la Seine met en œuvre contre la tuberculose.

Le malade inscrit, la visiteuse d'hygiène entreprend aussitôt la constitution des dossiers : du dossier médical d'abord, du dossier social ensuite.

Le dossier médical utilise :

a) Trois petits cartons blancs.

b) Deux grands cartons :

Le 1er de couleur.

Le 2e blanc.

c) D'une enveloppe.

Les petits cartons blancs :

Sur le premier, on inscrit le nom, le numéro que l'on donne à la famille, le domicile du malade.

Sur le deuxième, le nom de la rue où habite le malade afin de « chéquer », c'est-à-dire, d'inscrire les visites successives que l'infirmière aura effectuées. On y inscrira aussi la composition de la famille.

Sur le troisième, les visites à faire. C'est la carte « des dates ».

Le grand carton coloré, rose pour les hommes, jaune pour les femmes, bleu pour les enfants, est une fiche médicale munie de schémas où seront notés les résultats du premier examen : interrogatoire,

antécédents, données de la palpation, de la percussion, de l'auscultation ; température, poids, signes fonctionnels et généraux ; la date de ce premier examen est soigneusement notée.

Le grand carton blanc, est encore une fiche où seront consignés : en face de la date correspondante, les résultats des examens radiologiques et bactériologiques ; des tableaux pour l'aspect, la quantité des crachats, leur examen direct, leur homogénéisation y sont ménagés.

L'enveloppe jaune, dans laquelle le dossier est enfermé porte : la date d'entrée et de sortie du malade, le numéro d'inscription, la nature bacillifère ou non de l'expectoration.

Comme on le voit, l'ensemble de ce dossier est constitué par la collaboration de l'infirmière visiteuse avec le médecin du dispensaire.

De plus, l'infirmière inscrit sur une fiche blanche, dite fiche de liaison, tout ce à quoi doit être soumis le malade avant de revenir à la consultation : examen oto-rhino-laryngologique ou radiologique, analyse des crachats, courbe thermique, etc.

C'est ainsi que, lorsque le malade se présentera pour une deuxième consultation, le médecin ayant sous la main tous les renseignements utiles posera le diagnostic.

Parfois des cas particulièrement difficiles peuvent surgir, nécessitant des compléments d'examen et des consultations répétées. Pratiquement, deux mois d'observation sont accordés au médecin du dis-

pensaire d'hygiène sociale pour établir les diagnostics douteux.

Le diagnostic fait, l'infirmière visiteuse place le malade sous une rubrique correspondant à son état :

1 et 2 : tuberculose pulmonaire bacillifère.
3 et 4 : tuberculose pulmonaire sans bacilles.
  3) active,
  4) inactive.
5 et 6 : adénopathie trachéo-bronchique :
  5) active,
  6) inactive.
7 : autres formes avec ou sans bacilles.
8 : malades en contact avec un foyer bacillifère.
9 : en surveillance :
  a) ancien contact avec foyer bacillifère : enfant,
  b) ancien contact avec foyer bacillifère : adultes,
  c) ancien contact avec foyer non bacillifère,
  d) en observation.

Pour que l'infirmière puisse rapidement se remémorer la situation de chaque malade, elle dispose d'un jeu de cavaliers qu'elle place avec exactitude sur chaque dossier.

Cavalier bleu : diagnostic en instance,

Cavalier jaune : malade non encore revenu deux mois après la première consultation,

Cavalier rouge : surveillance,

Cavalier vert : contact.

Le rôle de l'infirmière visiteuse ne s'arrête pas aux portes du dispensaire. Le malade inscrit, ne sera jamais abandonné. Elle le visitera : une première fois pour faire son éducation prophylactique ; d'autres fois pour le surveiller dans sa famille et l'encourager. Patiemment, avec tact, l'infirmière expose aux malades, comme à son entourage, les dangers de la contagion et les moyens d'y remédier. Elle fait l'éducation par l'exemple, en n'hésitant pas à appliquer elle-même dans le pauvre logis les principes fondamentaux de l'hygiène. L'empressement des visiteuses, leur sollicitude désintéressée, finit par arracher la sympathie et souvent l'amitié des plus récalcitrants. Fréquemment, la mère tuberculeuse qui refuse de quitter ses enfants, mal convaincue par les raisons scientifiques, accepte tout par confiance, par respect, par reconnaissance envers l'infirmière visiteuse, la seule femme étrangère qui se soit occupée d'elle sans arrière-pensée !

Le résultat de l'activité de l'infirmière visiteuse au domicile du malade se manifeste administrativement par la constitution du *Dossier social*. Celui-ci diffère suivant que le malade a été reconnu contagieux ou non.

Le malade est contagieux : l'enquête est complète, on la transcrit sur une fiche rose portant mention du domicile, de l'adresse, de la disposition, de l'éclairement et de l'aération de l'appartement ; du nombre de lits et de personnes par lits, de la quali-

té du mobilier, du degré de propreté et d'ordre qui règne dans la maison.

Le dossier renseignera en outre sur la réceptivité au conseil ; sur les conditions économiques, hygiéniques et morales, les charges et les ressources du malade et de son entourage.

Les particularités de cet entourage sont méticuleusement consignées. L'enveloppe jaune qui contient les pièces du dossier social lui est spécialement consacrée ; elle indique : nom et âge des personnes, degré de parenté, diagnostic médical, état de santé apparent, gain actuel, domicile. En somme, tout ce système va rendre l'organisation de la prophylaxie effective. Il vise le malade et l'entourage.

L'infirmière visiteuse d'hygiène sociale connaît le malade, son habitat, sa famille, les besoins des uns et des autres, en un mot le milieu médico-social ; c'est là qu'elle va affirmer que l'expectoration tuberculeuse est contagieuse, mais qu'elle peut fournir les moyens de rendre cette expectoration inoffensive.

Elle donne, en effet, au malade, un crachoir de poche et un crachoir de chambre, accompagnés d'un stérilisateur, simple boîte de tôle dans laquelle un panier métallique mobile, comprenant deux compartiments, peut recevoir les deux crachoirs. L'infirmière visiteuse explique que les crachoirs pleins doivent être placés dans le panier, puis la boîte remplie d'eau. Ceci fait, on ajoutera une cuil-

lérée à café de carbonate de soude et la boîte placée sur le feu, on fera bouillir pendant une demi-heure. Ainsi, la vidange et la désinfection des crachoirs peut se faire d'une façon parfaite, sans risque d'aucune contamination.

Des précautions sont également indiquées pour la vaisselle du malade. On la tiendra à part ; on la fera bouillir.

L'infirmière visiteuse recommande encore la séparation et l'antisepsie du linge de corps, facile à réaliser en le plaçant dans un sac spécial et en l'aspergeant de temps en temps d'une solution antiseptique.

Elle insiste pour que dans la chambre du tuberculeux soient enlevées les tentures, que soit pratiqué le balayage humide, que les fenêtres restent ouvertes. Il lui est aisé de faire comprendre au malade que ces mesures sont nécessaires pour lui-même et pour autrui.

Enfin, l'O. P. H. S. de la Seine met à la disposition des infirmières visiteuses des crachoirs et des liquides désinfectants pour tous les malades, et des objets de literie pour les nécessiteux qu'on est obligé de soigner chez eux.

Cependant, si malgré les précautions, un individu contagieux reste encore insuffisamment isolé, il importe de soustraire au plus tôt les enfants quand il y en a à ce milieu déplorable. L'infirmière sans tarder les amène aux consultations du dispensaire et se conformant à la décision médicale, réunit les pièces

du dossier sans lequel le placement ne pourrait être obtenu.

Enfin, dans le cas où l'isolement de l'enfant s'impose dans le plus bref délai, l'infirmière visiteuse, en attendant que l'O. P. H. S. ait pourvu au placement, s'empresse de l'adresser immédiatement à l'Œuvre « l'Abri de l'Enfance ».

Le malade n'est pas reconnu contagieux.

L'enquête sera poussée moins loin, son histoire est inscrite sur une fiche jaune et on ne se préoccupe ni du logement ni du budget.

De toutes façons la visiteuse renouvelle ses visites. Son initiative est inspirée avant tout des besoins du malade et de sa famille. Les visites sont en général d'autant mieux accueillies que les visiteuses sont connues comme entretenant des relations étroites avec les œuvres d'assistance privées ou publiques de l'arrondissement. Cette liaison est rendue possible par l'action d'une société dite « Union des Œuvres dans les Mairies ». Le Comité de cette Union se réunit tous les mois et l'infirmière visiteuse, représentant officieusement le dispensaire d'hygiène sociale, fait part des cas particuliers, des misères à soulager, des secours à apporter. La sollicitude des visiteuses d'hygiène porte non seulement sur les secours qu'elles veulent faire obtenir à certaines familles intéressantes, mais aussi elles cherchent à procurer des situations aux malades reposés, non contagieux, à leur femme, à leurs enfants.

Dans ce but, elles s'adressent souvent avec succès à « L'entr'aide sociale ». Cette œuvre privée fonctionne dans les mairies de Paris et s'occupe de renseigner les personnes qui ont recours à elle sur la possibilité d'obtenir du travail ou des secours.

Les infirmières visiteuses ont constitué le dossier du malade, ont pris toutes mesures de prophylaxie et d'assistance nécessaires, ont assisté le médecin du dispensaire dans ses consultations ; elles ne sont pourtant pas encore au bout de leur tâche. Il leur faut maintenant classer les fiches qu'elles ont remplies au dispensaire ou au cours de leurs visites, tenir à jour leurs observations et leur fichier. Cette besogne ingrate de classification est de première importance. Elle a pour but particulier, d'établir par des statistiques le rendement du dispensaire et de prouver pour le moins son utilité ; elle a pour résultat général d'aider à l'établissement des statistiques nationales concernant la tuberculose. Ces statistiques doivent prouver un jour, l'importance réelle du fléau et donner la mesure de l'efficacité de la lutte entreprise.

Les infirmières visiteuses remplissent chaque soir une fiche spéciale où elles inscrivent les visites et les démarches accomplies dans la journée.

L'infirmière chef relève régulièrement sur son registre, à l'issue de chaque consultation du dispensaire, le nombre des malades présents. Elle tient à jour le registre des tuberculeux diagnostiqués, la statistique mensuelle, le registre des sorties et trans-

ferts. Elle veille à envoyer au fichier central de l'O. P. H. S. les fiches diverses :

1) Notification d'un cas de tuberculose pulmonaire bacillifère ;
2) Avis de sortie ;
3) Avis de réadmission ;
4) Avis de changement d'adresse ;
5) Avis de placement ;
6) Statistique mensuelle.

Si nous ajoutons que les infirmières visiteuses signalent aux médecins des écoles tous les enfants des tuberculeux qu'elles connaissent ; et que, d'autre part, les médecins des écoles leur adressent de nombreux enfants aux fins d'enquête, on peut juger de l'activité considérable que ces femmes dévouées sont obligées de dépenser. Il est évident qu'elles sont l'âme du dispensaire et que leur action seconde à merveille et amplifie au dehors celle du médecin. Quant au rôle de celui-ci, il est souvent délicat, tant au point de vue clinique que social et même que déontologique.

Cliniquement, il est superflu de rappeler combien le diagnostic de la phtisie est parfois ardu.

Du point de vue social, tout médecin sait qu'en matière de tuberculose il rencontrera des résistances à ses décisions, il se trouvera en présence de situations qui paraissent sans issue et qu'il ne pourra dénouer qu'à force de tact.

Enfin, tout médecin qui s'occupe du mouvement

corporatif sait à combien de heurts, d'incompréhension, de jalousies, est malheureusement, parfois, vouée, auprès du Corps médical, l'action du médecin de dispensaire. Le médecin doit satisfaire à la fois le malade et le médecin du malade. Il y parvient tant par la célérité avec laquelle il établit son diagnostic que par la clarté de ses conseils, le bien fondé de ses décisions : hospitalisation, séjour à la campagne, envoi au sanatorium, établissement d'un pneumothorax artificiel, enfin et surtout par son abstention de toute prescription thérapeutique afin d'éviter tout froissement du côté du médecin traitant.

C'est ainsi que fonctionnent dans les cadres de l'Assistance publique, au dispensaire Léon Bourgeois, les services de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine. Leur action permet à celle de l'Assistance publique de s'étendre et de se compléter.

Au principe qui consiste à isoler le tuberculeux pour protéger la population parisienne, ils sont venus ajouter celui de la propagande éducative qui, conduite par des médecins spécialisés et répandue par des infirmières visiteuses, avertit, partout, le public et le prémunit contre le danger.

Quelques chiffres montrent l'importance du travail fourni par les dispensaires du I^er^ et du II^e^ arrondissements, que nous avons plus spécialement en vue, en raison du plan que nous nous sommes tracé :

Pour l'année 1925 et jusqu'au 1^er^ décembre seulement, on compte :

787 entrants ; 921 consultations ont été données ; on a dépisté et diagnostiqué 140 tuberculoses bacillifères ; 128 placements d'adultes s'effectuèrent aux sanatoriums, hôpitaux ou préventoriums, ainsi que ceux de 35 enfants.

Le 1er et le IIe arrondissements ont une population globale d'environ 100.000 habitants. Le nombre de décès par tuberculose signalés dans les mairies est de 134. Les dispensaires connaissaient et suivaient 73 de ces tuberculeux, ce qui représente environ 50 % des tuberculeux contagieux connus dans ces arrondissements. Chiffre relativement considérable si l'on considère que ces dispensaires d'hygiène sociale ne fonctionnent que depuis quatre ans et qu'ils ne possèdent qu'un personnel assez réduit d'infirmières visiteuses.

*
**

Les dossiers médicaux, administratifs et sociaux sont complets, le diagnostic est établi, le médecin chef peut statuer. Garder les tuberculeux légèrement atteints en observation, envoyer à la campagne ceux qui ont les moyens d'y faire un séjour, adresser les autres aux sanatoriums, enfin hospitaliser les plus atteints, telle est la besogne qui constitue au dispensaire Léon Bourgeois le *triage des malades.*

Le Dispensaire Léon Bourgeois est l'unique organe de triage d'une circonscription formée de 14 arrondissements. Tous les tuberculeux de ces arron-

dissements proposés pour une cure sanatoriale par les hôpitaux ou les dispensaires d'hygiène sociale doivent donc être contrevisités au Dispensaire Léon Bourgeois. La demande qui les concerne est classée à son rang d'ancienneté, puis soumise à l'un des médecins chefs qui décide ou de convoquer le malade ou d'éliminer la proposition ou de demander des renseignements supplémentaires. Lorsque le tour du malade convoqué arrive, il passe la contrevisite du médecin-chef, et si l'état de santé le permet, la date de départ en station sanitaire est fixée.

Le médecin, qui rend sa décision suivant les indications, peut, à son gré et suivant les disponibilités, adresser les malades dans les formations de l'Assistance publique ou dans celles de l'Office public d'hygiène sociale. Voici dans l'un et l'autre cas le tableau de répartition des malades :

1° Placements confiés à l'Assistance publique : ils concernent les adultes ou les enfants ;

A) Adultes :

Dans le service spécial de tuberculeux de l'hôpital Laënnec trouvent place les malades en évolution, les formes rapides, les nombreux cas mis en observation, ainsi que les cas nécessitant une intervention thérapeutique, le pneumothorax artificiel, par exemple.

A Brévannes, les malades peu évolutifs ayant besoin de repos ; au sanatorium Villemin, à Angi-

court, les femmes tuberculeuses, car cet établissement leur est réservé.

Au sanatorium Clémenceau, à Bicêtre, au sanatorium Edith Clavell, à Ivry, des malades de toutes catégories.

B) Enfants :

A l'œuvre Grancher sont placés les enfants sains,

A l'hôpital de Brévannes, les enfants tuberculeux,

A Hendaye et à San-Salvadour, les enfants anémiés et affaiblis.

2° Placements confiés à l'Office public d'hygiène sociale de la Seine :

A) Adultes :

Aux sanatoriums d'Angeville (Ain), de la Belle Alliance, Bligny, la Tuyole, d'Yerres, de Villepinte (Seine-&-Oise) et de Mardor (Saône-&-Loire) sont envoyées les tuberculoses pulmonaires,

Au sanatorium Alice Fagnicz, à Hyères (Var), et Larue (Seine), les tuberculoses osseuses, articulaires, ganglionnaires ou péritonéales.

B) Enfants :

On les range en quatre catégories :

1° Enfants non malades à isoler d'un contact tuberculeux, ils sont envoyés :

Aux centres de placements familiaux d'Orthez (500 pensions), aux œuvres de placements collectifs d'Othon du Perche et de Manou (Eure-et-Loire).

2° Enfants simplement suspects, ils vont :

Aux préventoriums de Plessis-Robinson, Fontaine-Bouillaut, Le Glandier, Bon-Accueil, ou bien dans des préventoriums ayant conclu une entente avec l'O. P. H. S. tels que : Isches, Bry-sur-Marne, Glaye, La Tourelle,

3° Enfants qui présentent des tuberculoses externes ne nécessitant aucune intervention chirurgicale ; ils sont envoyés aux préventoriums Lannelongue dans l'île d'Oléron,

4° Enfants reconnus atteints de tuberculose pulmonaire, ils sont placés :

Au sanatorium de Villiers-sur-Marne, géré pour le compte de l'Office, aux sanatoriums d'Ormesson et de Villepinte (Seine-et-Oise), de Santa-Maria (Alpes-Maritimes), le Manoir et Arromanches (Calvados).

***

Telle est l'organisation du dispensaire Léon Bourgeois.

Le nombre global des malades qui se présentent à ses consultations devient chaque année plus considérable ainsi qu'en témoignent les statistiques suivantes :

En 1911.....	8.746	En 1919.....	17.633
En 1912.....	7.195	En 1920.....	14.383
En 1913.....	6.746	En 1921.....	14.077
En 1914.....	7.038	En 1922.....	13.694

En 1915.....	10.844	En 1923.....	21.011
En 1916.....	15.132	En 1924.....	22.661
En 1917.....	16.392	En 1925.....	28.196
En 1918.....	13.574		

Pour se rendre encore mieux compte de l'activité du dispensaire, il suffit de considérer que pendant l'année 1924 seulement dans le service que nous avons fréquenté :

4.712 malades hommes, 5.509 malades femmes et 638 enfants, soit 10.869 personnes, se sont présentées aux consultations.

1.990 analyses de crachats ont été pratiquées aux laboratoires de bactériologie du dispensaire.

En outre, 7.854 examens radiologiques ont été faits à l'occasion des consultations, et 2.534 examens radiologiques pour les pneumothorax en traitement.

Enfin, 183 pneumothorax ambulatoires ont été établis, suivis et soignés.

Préservation de la première Enfance contre la Tuberculose

La préservation de la première enfance contre la tuberculose a pris son origine dans le Service et y a été spécialement organisée. On sait, en effet, que dès 1920, MM. L. Bernard et Debré ont montré que si l'on interrompt à temps le contact de la mère tuberculeuse et de son nourrisson, on préserve celui-ci de la contamination et que si cette séparation ne s'est effectuée qu'après la contagion, on peut encore sauver l'enfant de la mort. L'application de pareils principes devait entraîner une organisation appropriée.

Avant tout, il s'agit de reconnaître la tuberculose des parents, de la mère en particulier et d'en poser le diagnostic. Avant l'accouchement, le problème est souvent difficile à résoudre. Il réclame un examen minutieux qu'il est impossible de pratiquer dans le feu des consultations ordinaires du dispensaire. Voilà pourquoi a été créée et fonctionne le jeudi et le samedi une consultation de femmes enceintes. Ensuite, la grave question se pose : que fera-t-on de l'enfant qui va naître? Qui décidera la

mère à se laisser arracher cet enfant ; qui trouvera pour l'enfant encore sain un placement dans un milieu sain? Ce sera le rôle endossé par une personnalité nouvelle : l'Assistante sociale du service, rôle dont on devine toute l'importance.

Ce n'est pas tout, il faut non seulement protéger les nourrissons bien portants, mais sauver aussi tous les enfants du premier et du second âge déjà contaminés.

Pour remplir toutes ces indications et appliquer les nouveaux principes prophylactiques il fallait créer des organismes spéciaux. C'est pourquoi nous trouvons rassemblés dans le service :

Pour la prophylaxie anténatale :

Une consultation de femmes enceintes.

Pour la prophylaxie postnatale :

Une consultation de nourrissons ; une crèche d'observation, la crèche Landouzy ; un organe de placement, l'œuvre de Placement familial des Tout-Petits.

Prophylaxie anténatale

CONSULTATION DES FEMMES ENCEINTES

Pendant toute la période gravidique il est rare de voir une femme enceinte dans une consultation de médecine générale ou de spécialité. La femme enceinte, uniquement préoccupée de l'espoir qu'elle porte et de l'avenir de sa grossesse, ne fréquente assidûment que les maternités. Elle croit, en effet, qu'en raison de son état physiologique spécial, elle ne peut être bien suivie et soignée que par les accoucheurs.

Une consultation des femmes enceintes à l'hôpital Laënnec ne pouvait donc vivre et se développer qu'alimentée par les maternités elles-mêmes. Certes, les dispensaires dont nous avons vu l'action prophylactique peuvent dépister dans les familles chez lesquelles ils pénètrent des cas de grossesse ; mais il est évident qu'ils ne sont pas aptes autant que les maternités à fournir une clientèle régulière et nombreuse.

Il importait, par conséquent, de convaincre les maîtres de l'obstétrique de la nécessité de mettre

en pratique les idées nouvelles. Celles-ci s'imposèrent rapidement à ces hommes soucieux de protéger à la fois la vie des mères et celle des enfants. Les professeurs Bar et Couvelaire, en particulier, accueillirent ces suggestions avec intérêt. Les assistantes sociales du service et des cliniques obstétricales de la Faculté entrèrent en liaison ; depuis, toute femme enceinte suspecte est adressée à la consultation des femmes enceintes de l'hôpital Laënnec. A l'heure actuelle, quelques autres maternités agissent de même.

Un dispensaire, un accoucheur des hôpitaux, un médecin, adresse une femme enceinte à la consultatation. Elle est longuement interrogée, examinée, radioscopée ; ses crachats sont analysés, et le diagnostic une fois établi est communiqué à la maternité, au dispensaire, au médecin qui a adressé la malade à Laënnec. De même, une femme tuberculeuse prise en charge par le dispensaire Léon Bourgeois est-elle en état de gestation, elle sera immédiatement adressée à une maternité affiliée. Ainsi, pendant toute la durée de sa grossesse, la femme enceinte reconnue tuberculeuse, comme la femme tuberculeuse reconnue enceinte, seront surveillées et conseillées. Par l'entremise des assistantes sociales des maternités d'une part, du service de Laënnec d'autre part, les malades ne sont pas perdues de vue dans leurs allées et venues et le résultat de la consultation de Laënnec est rapporté dans les maternités, et vice versa. Les malades seront

donc systématiquement suivies tant au point de vue obstétrical que pulmonaire. Si l'état de la femme le nécessite elle est hospitalisée en attendant le moment de l'accouchement.

C'est en prévision de ce dernier événement que tout le système de la prophylaxie anténanale a été imaginé. La femme tuberculeuse contaminera indiscutablement le nourrisson élevé par elle. Il faut l'amener à se séparer de son enfant. Mais il est des mères rétives, chez qui le sentiment maternel accepte mal ce qu'elles croient être un abandon. Toute la puissance de persuasion de l'assistante sociale doit entrer en jeu, et parfois pendant des mois, avant d'obtenir le consentement qui sauvera l'enfant. Il importe, en effet, d'avoir converti la mère assez longtemps à l'avance, car il est nécessaire pour que l'enfant ait le minimum de contact avec elle que toutes précautions soient prises.

Dans ce but, certaines maternités ont agencé des services spéciaux où l'isolement du nourrisson doit fonctionner dès l'instant qui suit sa naissance. C'est à ces maternités que le service de la consultation des femmes enceintes de Laënnec adresse les femmes tuberculeuses enceintes ; en retour, ce service est averti lors de la naissance et de la séparation de l'enfant. Il est ainsi possible à l'Assistante sociale de commencer dès ce moment les démarches administratives nécessaires au prochain placement de ce nouveau-né, qui n'ayant jamais eu de contact avec un

tuberculeux est considéré, après visite d'une autorité médicale, comme sain.

Si la mère est légèrement atteinte, il n'est pas superflu de la mettre en observation avant de prendre une décision.

Parfois, la femme adressée à la consultation a perdu un premier enfant d'une méningite ou d'une broncho pneumonie tuberculeuse. On l'examine, elle est reconnue saine. L'investigation porte alors sur l'entourage, mari, ascendants ou collatéraux. On recherche toutes les occasions de contage afin d'éviter au nouveau venu le triste sort de son aîné. La décision est dans ce cas moins brutale ; il ne peut être question de séparer l'enfant de sa mère qui est saine. Mais il devient urgent d'hospitaliser ou d'envoyer en station sanitaire le père ou l'aïeul bacillifère. Cependant, le malade peut refuser son hospitalisation. On essaye, alors, d'éloigner la mère. On lui propose d'aller séjourner avec son enfant à la maison maternelle de Saint-Maurice. Si elle accepte, au bout de deux ou trois mois, lorsque le nourrisson est devenu beau et vigoureux, mère et enfant sont envoyés en Sologne dans les centres d'élevages de l'Œuvre du Placement familial des Tout-Petits, où sont organisées de petites chambres maternelles. Là, le sevrage de l'enfant s'effectue sous la surveillance d'infirmières spécialisées, dans des conditions idéales de bien-être et d'hygiène. Le sevrage accompli, la mère rentre à Paris, laissant son nourrisson à la campagne avec l'assurance qu'il vivra.

Le système et les œuvres nées de lui ont progressé.

le nombre des femmes enceintes signalées et suivies n'a fait qu'augmenter :

En 1922, 75, en 1923, 135, en 1924, 238, en 1925, 175, pour les trois premiers trimestres, au total 623.

Parallèlemest, le nombre des enfants isolés s'est accru :

En 1921, un seul nouveau-né avait été séparé de sa famille ; en 1922, ce furent 25 nouveau-nés ; en 1923, 31 ; en 1924, 67 ; en 1925, 66 ; au total, 179

Prophylaxie postnatale

a) Consultation des nourrissons.

Préserver, en matière de tuberculose, serait l'idéal; malheureusement cet idéal est difficile à réaliser, du moins tant que le tuberculeux bacillifère aura le droit de vivre de l'existence commune dans le logis et dans la Ville, aussi longtemps qu'il n'aura pas à sa disposition des moyens pratiques d'isolement et de guérison.

C'est ainsi que, malgré la diffusion très rapide de la prophylaxie anténatale, nombreux sont encore les nourrissons et les jeunes enfants contaminés par les parents malades. Faut-il laisser ces enfants sans secours, faut-il renoncer à lutter pour eux ? Certes non, ne sait-on pas que l'infection tuberculeuse sera d'autant plus grave que les contacts auront été plus répétés?

La consultation des nourrissons permet de résoudre cette nouvelle difficulté et en même temps d'étudier de plus près l'évolution de la tuberculose infantile, ses modalités, ses réactions.

Cette consultation des nourrissons a donc pour

objet de fixer le diagnostic et le pronostic des enfants issus de parents tuberculeux ; elle permettra de prendre à leur égard les décisions convenables.

Les enfants qu'on présente à la consultation sont adressés :

1° Par les dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, dont les médecins et les infirmières visiteuses, au courant de ces méthodes de prophylaxie, sont en relation avec l'organisation de Laënnec.

2° Par le service social des maternités, des services de tuberculeux et même des services d'enfants, en connexion permanente avec l'assistante sociale du service.

3° Par les consultations que les deux chefs de service et leurs assistants donnent au dispensaire Léon Bourgeois.

4° Par certains médecins de Paris et de Province.

Nous avons dit plus haut, que tout nourrisson présenté passe une visite préparatoire où son dossier est constitué. Son observation sera complète, on notera en particulier s'il est né avant terme, l'âge de l'enfant, s'il a été traité au vaccin Calmette, quel est l'ascendant malade et depuis quand? On notera encore le poids, le nombre de dents, l'état des fontanelles, des ganglions, du rhino-pharynx, les données de l'auscultation et de la radiographie du thorax ; enfin une cuti-réaction est pratiquée et s'il y a lieu un Wassermann.

L'assistante sociale du service est toujours présente à ces consultations ; elle fait rechercher la fiche du Dispensaire Léon Bourgeois, concernant les parents, s'ils sont déjà venus consulter ; elle s'informe des raisons pour lesquelles l'enfant n'a pas été isolé; dépiste les contacts ; en un mot, reconstitue l'histoire de la maladie et donne immédiatement les conseils appropriés d'isolement. Enfin, elle convoque les parents et leur enfant pour le vendredi suivant.

Ce jour-là, le nourrisson est présenté au chef de service.

Les résultats de la cutiréaction, de la radiographie et du Wassermann sont constatés et l'examen clinique repris. Le chef de service décide alors du sort à assigner à cet enfant.

Lorsqu'il s'agit d'un nourrisson sain qui n'a jamais eu de contact avec ses parents tuberculeux, ce qui arrive lorsque la prophylaxie anténatale a pu être appliquée, l'enfant sera admis d'emblée en placement familial.

Dans le cas opposé, où l'enfant est reconnu porteur d'une lésion évolutive, avec toux, troubles digestifs et grosse rate, il sera hospitalisé à la crèche Landouzy, car il ne saurait être question d'envoyer ce bébé malade à une œuvre créée pour ne recevoir que des enfants sains à protéger du contact tuberculeux.

Entre ces deux extrêmes, on trouve certains pe-

tits malades au sujet desquels il est délicat de se prononcer trop vite :

Tantôt ce sont des enfants contaminés, à cutiréaction positive, tantôt ce sont des enfants à cutinégative, par conséquent en principe sains, mais ayant été en contact récent avec un parent contagieux.

On ne peut, en une ou deux consultations, apprécier l'avenir de ces nourrissons, et aucun placement ne peut être rationnellement conseillé avant que l'on ne soit éclairé par un diagnostic certain.

Aussi, l'admission du nourrisson à la crèche Landouzy, en vue d'y être mis en observation, est-elle le plus souvent l'étape obligée qui fournit au médecin les moyens d'arriver au diagnostic et de mettre en lumière toutes les indications.

***

b) Crèche Landouzy.

La crèche Landouzy est un service petit, mais très complet. A sa tête, un Assistant médical aidé de deux externes. Le personnel hospitalier est formé par une surveillante, une première infirmière, deux infirmières, une fille de salle et un garçon. La crèche est établie dans un bâtiment comprenant un rez-de-chaussée et un premier étage.

Au rez-de-chaussée : une salle centrale aménagée en salle d'examen et servant également de bureau

à la surveillante. De chaque côté de cette salle centrale, une salle de nourrissons : à droite, une salle d'isolement et d'observation contenant trois berceaux isolés les uns des autres par des boxes vitrés ; à gauche, une salle de nourrissons contenant onze berceaux placés dans onze boxes vitrés. Communiquant avec cette salle, une chambre utilisée pour hospitaliser une maman nourrissant au sein son nourrisson ou bien, selon les occasions, une femme non tuberculeuse et son enfant, qu'il a fallu isoler d'un mari tuberculeux. On trouve encore deux pièces servant d'office et de biberonnerie ; un appareil de Soxlhet permet de stériliser le lait, une glacière de conserver les biberons garnis de lait sucré à l'abri des fermentations, une barratte électrique de fabriquer éventuellement du babeurre.

Au premier étage, deux salles pour mères strictement séparées de leur enfant ; elles sont au régime commun des tuberculeux.

Les salles sont largement aérées ; l'été, les berceaux sont sortis dans le jardin de 8 heures à dix-neuf heures.

Les enfants reçus à la crèche Landouzy proviennent des consultations du Dispensaire Léon Bourgeois ou de la consultation des nourrissons. Ces enfants sont soit indemnes, soit contaminés, mais, en général, non perdus. Ils sont visités journellement par le médecin, une observation détaillée est prise pour chacun. Des films radiographiques sont répé-

tés, ainsi que la cuti-réaction, pierre de touche, qui permet d'affirmer l'état de réceptivité.

Dès son entrée à la crèche, l'enfant âgé de onze jours à deux ans est déshabillé, baigné, réhabillé avec les linges et effets de l'hôpital, sa température est prise et inscrite ; on lui donne un berceau dans la salle d'isolement, il y restera les 48 heures nécessaires à son observation.

Le régime commun comporte du lait frais, stérilisé et sucré. A partir de quatorze mois, on ajoute à l'alimentation de petits potages aux farines, puis deux purées de légumes par jour. Les nourrissons sont pesés une fois par semaine ; aussitôt que leur état de santé semble fléchir : pesées journalières.

La crèche est une organisation qui a ses lois particulières, ses caractéristiques. Au point de vue administratif, ce qui caractérise la crèche, c'est que l'enfant ne peut être hospitalisé seul ; son hospitalisation doit se compléter soit de celle de sa mère qui est admise à la crèche ou dans une des salles de femmes du service, soit de celle de son père, entré dans un service d'hommes.

Au point de vue médical, la loi formelle est de mettre les nourrissons en observation, à l'abri d'une séparation *absolue* d'avec le père ou la mère atteints de tuberculose. Cette mise en observation du nourrisson séparé doit aboutir à la solution d'un double problème : l'enfant est-il tuberculeux, quel est son avenir ?

On tiendra particulièrement compte des signes cliniques, en particulier des signes pulmonaires, de l'état général, du poids, de la toux, de la température, des troubles digestifs, des résultats de la radiographie du thorax et de la cutiréaction. La cuti-réaction doit être pratiquée en série ; dans ce cas seulement, elle donne des renseignements importants.

On sait que la cuti-réaction doit être négative chez le nourrisson sain, et que si elle est positive, il y a eu contamination précoce et sans doute abondante. La question du pronostic serait donc relativement facile à trancher s'il ne fallait tenir compte d'un facteur nouveau découvert par MM. Debré et Jacquet, à savoir qu'il existe chez le nourrisson un délai entre l'innoculation tuberculeuse et l'apparition d'une cuti-réaction positive ; ce délai reste silencieux et ne dépasse pas en général quatre mois, c'est la période d'incubation de la maladie, dite anté-allergique.

Il résulte de ces faits que la cuti-réaction négative d'un nourrisson n'implique pas qu'il soit forcément sain ; il peut être en période anté-allergique. Il serait alors désastreux de le rendre à sa famille, où les contacts répétés aggraveraient rapidement son état, et il serait également imprudent de placer cet enfant, peut-être malade, dans une œuvre créée pour recevoir des enfants sains. Il faut donc le garder à l'abri des contagions et en observation pendant les quelques semaines nécessaires au médecin

pour se convaincre que la cuti-répétée reste négative, ou au contraire pour voir apparaître la réaction positive.

La réacton reste-t-elle ou est-elle devenue négative, le nourrisson peut quitter la crèche ; cependant, il devra rester isolé du milieu familial contagieux.

La réaction est-elle au contraire positive, on prolonge l'observation, car, à l'abri de la contagion tuberculeuse à laquelle était soumis journellement le nourrisson avant son admission à la crèche, il est possible de voir s'éteindre le phénomène et de constater au bout d'un certain temps des cuti-négatives.

Mais, si importantes que soient les données de la cuti-réaction, il faut les étayer par l'étude des lois qui régissent le phénomène de la contagion tuberculeuse chez le nourrisson, afin de pouvoir établir ce que sera l'évolution.

On recherche donc avec soin : l'âge auquel l'enfant a pu être contaminé, la durée et la nature du contact, le degré de contagiosité du malade responsable, « car la gravité de la tuberculose du nourrisson est subordonnée aux conditions de la contagion qui la crée ».

Les contaminations massives, répétées, donnent lieu à des formes évolutives et d'autant plus rapidement mortelles que l'enfant qui en est la victime est plus jeune ; les contaminations pauvres, discrè-

tes, provoquent au contraire des formes à évolution lente et bénigne.

De plus, on a pu établir que si un enfant, demeurant exposé pendant six mois à la contagion est presque fatalement contaminé, il peut, par contre, être assuré de survivre lorsque, enlevé à son foyer de contagion, il a pu vivre pendant tout un mois.

C'est en se basant sur les résultats qu'apportent toutes ces recherches que l'on pourra décider si l'enfant est justiciable du placement familial ou au contraire des soins hospitaliers.

L'enfant isolé dès sa naissance d'une mère ou d'un père tuberculeux est admis sans hésitation à bénéficier d'un berceau à la campagne par l'office de l'Œuvre du placement des Tout-Petits.

Il en est de même pour l'enfant chez lequel l'évolution tuberculeuse s'est arrêtée.

Les débiles non contagieux pourront être admis à la fondation Paul Parquet (île de la Jatte).

Mais les enfants atteints assez gravement et dont l'évolution persiste sont gardés à la crèche, évacués sur l'Hôpital des Enfants Malades ou repris par leurs parents.

Le mouvement de la crèche Landouzy est intense si l'on considère le nombre restreint des berceaux.

En 1923, 148 nourrissons sont entrés à la crèche, il y eut 121 sortants, 20 décès et 4.359 journées d'hôpital.

En 1924, 175 entrants, 142 sortants, 36 décès et 4.382 journées d'hôpital.

En 1925, jusqu'au 30 novembre, 133 entrants, 99 sortants.

***

c) Œuvre du Placement familial des Tout-Petits.

Conclure à la nécessité de séparer dès les premiers jours de sa vie un nouveau-né de ses parents tuberculeux ou plus généralement décider qu'un nourrisson vivant dans un milieu contaminé doit en être arraché si l'on veut qu'il survive, ne sont que des injonctions médicales.

Enlever effectivement des nourrissons au sein de leur mère, malgré que ce soit pour les soustraire à une redoutable contagion, est un acte social qui n'est acceptable que si l'on met ces Tout-Petits dans des conditions hygiéniques parfaites. C'est dire qu'il nécessite une organisation modèle.

L'Œuvre du Placement familial des Tout-Petits, créée le 21 août 1920, s'est chargée de ce soin. De même que l'Œuvre Grancher met en pension chez des paysans sains des enfants sains de trois à treize ans, issus de tuberculeux, de même l'œuvre des Tout-Petits confiera les nourrissons sains de zéro à deux ans à des famille saines de campagnards.

Mais tout le monde connaît les difficultés que présente cette mise en pension, l'ignorance des nourrices, le manque d'hygiène, la pauvreté du milieu étant les pires ennemis du nourrisson.

Pour résoudre le problème, l'Œuvre a constitué en Sologne des centres d'élevages. Les nourrissons ne peuvent y être admis que sur décision de MM. Léon Bernard ou Debré, après observation s'il y a lieu à la crèche de Laënnec.

Le recrutement se fait grâce à certaines maternités, à la crèche de Laënnec, à l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

Certaines maternités et la clinique Baudelocque en particulier envoient exclusivement des enfants sains, qui ont été séparés dès la naissance de leurs ascendants malades.

La crèche Landouzy, organe d'observation, auquel aboutissent les consultations prophylactiques de Laënnec, adresse au placement familial des Tout-Petits des nourrissons sains ou non évolutifs.

L'O. P. H. S. apporte un gros contingent de nourrissons par ses dispensaires, repandus dans la région parisienne, qui adressent leur clientèle au dispensaire Léon Bourgeois.

Ainsi les nourrissons de provenances diverses sont canalisés méthodiquement vers les centres du Placement familial des Tout-Petits.

Les centres d'élevages de Sologne sont des foyers peu étendus de placements séparés. Dans chaque centre a été édifié un dispensaire. A la tête du dispensaire, le médecin de la localité assisté d'infirmières spécialisées. Le dispensaire type comprend :

Une biberonnerie, dans un local séparé, où les infirmières stérilisent à leur aise le lait des fermes

voisines et le distribuent aux nourrices en biberons gradués et sucrés.

Un cabinet médical de consultations : nourrices et nourrissons doivent se présenter régulièrement tous les 15 jours à la consultation du dispensaire. Pour faciliter la chose, une voiture d'enfant est prêtée aux éleveuses. Le bébé est pesé, toisé, examiné, son régime est établi, sa fiche mise à jour.

Une infirmerie contenant quelques berceaux isolés dans des boxes où il sera facile aux médecins d'hospitaliser à la moindre alerte les nourrissons.

L'infirmière fait de fréquentes tournées auprès des nourrissons, veille à la bonne tenue des enfants, les surveille et au premier trouble digestif, à la première poussée thermique, les fait entrer à l'infirmerie.

C'est ainsi que l'enfant confié à l'Œuvre du Placement familial des Tout-Petits, arrive à vivre et atteint l'âge de deux ans. A ce moment, une décision est à prendre. Parfois le parent contagieux est mort et la cause du contage ayant disparu, le conjoint demeuré vivant reprend l'enfant.

Parfois, l'enfant reste orphelin, et c'est une généreuse tâche que celle d'essayer de trouver à ces malheureux petits des parents d'adoption.

Enfin, si la famille de l'enfant continue à être un foyer de contagion, ce serait folie que de compromettre le résultat obtenu en rendant l'enfant à ses parents.

C'est pour éviter cet autre obstacle que l'Œuvre

du Placement familial des Tout-Petits a créé à côté de chaque centre, des centres ou postes secondaires réservés aux enfants sevrés qu'elle élèvera aussi.

A la fin de l'année 1924, l'œuvre possédait déjà : 7 centres, 3 centres principaux pour les nourrissons, 4 postes secondaires pour les enfants du second âge :

Salbris (Loir-et-Cher), centre principal	46	berceaux
Saint-Viâtre, poste secondaire	38	»
Selles St-Denis, poste secondaire	12	»
Ferté St-Aubin, centre principal	48	»
Marcilly en Villet, poste secondaire	20	»
Argent, poste principal	40	»
Blancafort, poste secondaire	32	»

141 enfants nouveaux ont été reçus au cours de l'année 1924 et ont été joints aux 172 enfants pris en charge en 1923 et demeurés à l'œuvre. 319 enfants ont été recueillis et soignés au cours de l'exercice 1924-1925.

La statistique des hôpitaux montre que parmi les bébés qui succombent au cours de la première année, 28 % meurent de tuberculose.

Qu'au cours de la 2e année, 26 %.

A 3 ans, 7 %.

Et après 10 ans, 2,5 %.

Les statistiques de l'Œuvre du Placement familial des Tout-Petits portant uniquement sur des en-

fants de moins de deux ans arrachés à des milieux contagieux, montrent que la mortalité tuberculeuse a été dans ces centres :

En 1923, 1,27 % et si l'on comprend les décès survenus alors que l'enfant a été renvoyé des centres sur la crèche Landouzy de Laënnec ou dans sa famille, la mortalité ne dépasse pas 4,45 % en tout.

En 1924, la mortalité est de 2,5 % dans les centres et de 5, 5 % en tout.

MM. Léon Bernard, Robert Debré et Marcel Lelong ont montré que lorsque les enfants issus de parents tuberculeux ne sont pas isolés et retirés précocement du contact morbide ils meurent rapidement dans la proportion de 82 % avant la fin de la première année.

La portée de l'Œuvre du Placement familial des Tout-Petits est donc considérable surtout si l'on considère qu'en France :

En 1898, sur 868.000 décès : 151.000 enfants sont morts en moins d'un an, soit 42.280 par tuberculose.

En 1913, sur 702.000 décès, 84.000 enfants de moins d'un ans, soit 21.000 par tuberculose.

En 1923, sur 667.000 décès, 75.000 enfants de moins d'un an, soit 21.000 par tuberculose.

Malgré que la mortalité des nourrissons par tuberculose semble avoir sensiblement diminué depuis 20 ans, il est tout de même cruel d'envisager que la France puisse encore perdre annuellement

21.000 enfants du premier âge du fait de l'imperfection des lois et de l'insuffisance de nos moyens officiels de prophylaxie !

Les Salles d'Hospitalisation

Les locaux du Service comprennent :

1° Le cabinet du chef de service, le bureau de l'assistante sociale,

2° Les salles Louis, Hanot, Mosny, Dieulafoy : deux salles d'hommes, deux salles de femmes, situés dans le bâtiment en croix,

3° La crèche Landouzy, dans un bâtiment adjacent.

Ces salles contiennent pour le service des hommes : 53 lits ; pour le service des femmes : 52 lits; pour la crèche Landouzy : 10 lits de mères et 18 berceaux.

Nous exposerons la disposition et l'organisation des services d'adultes, nous ne reviendrons pas sur celles de la crèche.

Les deux services d'adultes, hommes et femmes, fonctionnent de la même façon.

Le personnel médical comprend : un médecin assistant dans chaque service et cinq externes. Un interne pour l'ensemble.

Le personnel hospitalier est composé dans chaque service : d'une surveillante, de deux infirmières diplômées, d'une fille de service, d'un garçon d'office.

Chaque service comprend :

a) Deux salles communiquant largement entre elles par une de leurs extrémités. Au milieu des deux salles le bureau de la surveillante.

b) Une salle de repos et de récréation.

c) Un office et une dépense.

d) Des lavabos, des W.-C., une salle de bains et un caveau pour le linge sale.

Les salles dont nous avons déjà signalé le vaste cube d'air et la large aération. ont été aménagées d'une façon très originale et tout à fait hygiénique. Une cloison centrale d'où partent perpendiculairement de petites cloisons de bois constituant des boxes de 1 m. 90 de hauteur, 2 m. 30 de profondeur, 2 m. 30 de largeur. Ces boxes ripolinés en blanc, constituent des chambres en miniature dans lesquelles les malades sont parfaitement isolés. Un certain nombre de boxes, plus larges et à deux lits, ont été réservés pour les malades non contagieux dont l'état ne nécessite pas les rigueurs de l'isolement. Dans chaque boxe nous trouvons un lit à étagères, une table de nuit et une chaise, le tout en fer et ripoliné en blanc. Les boxes sont aérés par une fenêtre qui leur fait face et éclairés le soir par une lampe électrique.

Ces boxes, don personnel de la Croix-Rouge américaine à M. le Professeur L. Bernard, furent acceptés par l'Assistance publique et installés dans le service.

Conçus primitivement pour éviter aux malades de toute une salle le douloureux spectacle de l'agonie d'un moribond, ils ont montré par l'usage qu'ils pourraient présenter d'autres avantages. Les boxes, en effet, ont transformé l'atmosphère morale du service, chaque tuberculeux vivant en quelque sorte séparé et ignorant du sort de ses voisins. Bien plus, ils ont supprimé les épidémies de toux ; sans doute, en raison de l'état de pseudo-isolement qui soustrait le malade aux suggestions de voisinage.

Les malades sont l'objet d'attentions particulières, tant de l'administration de l'Assistance publique elle-même que de la part du personnel hospitalier. Le matin à huit heures, distribution de café au lait, alors que dans les services de médecine générale ou de chirurgie le petit déjeuner consiste en une assiette de soupe à 7 heures. Ensuite vient la toilette : les hommes vont pour la plupart aux lavabos, les femmes, en général, font leur toilette dans leur lit ; les infirmières leur apportant une cuvette d'eau chaude. Pendant ce temps une infirmière prend et inscrit la température. Entre 9 et 11 heures, visite médicale, discussions cliniques, présentation de malades « au Patron », examens radiologiques, soins médicaux, injections sous-cutanées ou intraveineuses, applications de rayons ultra-violets, in-

sufflations de « pneumothorax » ou autre intervention jugée nécessaire. A 11 heures, déjeuner, le menu des tuberculeux est soigné ; il comprend régulièrement : un hors-d'œuvre, un plat de viande, un légume, un dessert. De 1 à 2 heures, visites. De 2 à 5 heures, repos au jardin, à la galerie de cure, ou à la salle de récréation (service d'hommes seulement) ; petits soins, prise de la température vespérale. A 17 heures, dîner : un potage, un plat de viande, un plat de légumes, un dessert.

Il est important de noter que malgré le vieux préjugé populaire l'alimentation est saine et abondante ; que les aliments sont toujours distribués parfaitement chauds grâce à l'emploi de marmites norvégiennes dans lesquelles ils sont apportés de la cuisine dans les salles. Comme boissons, l'hôpital distribue du vin ou de la bière; de plus, chaque malade reçoit un pot de tisane pour la journée.

Nous n'avons exposé que la composition du grand régime ou régime normal ; il va sans dire, que suivant l'état du malade, le médecin dispose de régimes spéciaux : depuis le régime léger, jusqu'au régime lacté absolu. En cours de journée les malades peuvent toujours demander aux infirmières qu'on leur fasse réchauffer aliments et tisanes, que ceux-ci soient fournis par l'hôpital ou apportés par leur famille aux malades délicats. C'est grâce au fourneau de l'office que les infirmières pourront donner à leurs malades cette petite satisfaction.

A l'office, le fourneau, en activité toute la journée,

rend de multiples services. Un chauffe-bain donne de l'eau chaude en abondance ; de vastes chauffe-assiettes permettent de conserver aux mets distribués, leur température et leur saveur.

Les salles de récréation, deux chez les hommes, une chez les femmes, ont été organisées par les soins de l'assistante sociale du service. Elles contiennent chacune quelques chaises longues, des tables, des meubles de fer ripolinés ; des revues illustrées, des journaux, des jeux de société.

Le caveau à linge sale est une petite pièce propre et nette, dans laquelle sont suspendus des sacs où l'on place serviettes avec serviettes, chemises avec chemises, draps avec draps, tout le linge sale du service. Ce linge est aspergé d'une solution antiseptique. Grâce au classement dont il a été l'objet, il ne subira plus aucune manipulation, jusqu'au moment où il pénétrera dans les vastes buanderies de l'Assistance publique.

Bien que jusqu'alors on ait considéré les services de tuberculeux comme des services de chroniques et que, de ce fait, le mouvement des salles demeurât très restreint (la plupart des sorties étant constituées par les décès), il est intéressant de constater aujourd'hui que l'on est arrivé, grâce à l'organisation de l'armement antituberculeux, à faire d'un même service d'hôpital un service de diagnostic, d'observation, de triage, de traitement et d'évacuation.

Les services d'adultes dont nous venons de montrer l'organisation, fonctionnent dans cet esprit et au cours de la seule période étendue du mois de juillet 1924 au mois de juillet 1925, 706 malades ont pu se succéder dans les salles.

Le Pneumothorax artificiel Thérapeutique

Le nombre des malades qui ont subi ce traitement dans le Service est considérable ; les résultats des plus encourageants.

A l'heure actuelle, on procède de la façon suivante : lorsqu'il est décidé qu'un malade pourra bénéficier de l'établissement d'un pneumothorax, on l'hospitalise dans le service d'adultes. Le pneumothorax est pratiqué, le malade suivi pendant un mois ou deux ; dès que son état général et pulmonaire le permet, il est mis exeat et désormais viendra régulièrement se faire réinsuffler au dispensaire.

Dans d'autres cas, l'état général est assez bon pour que l'on puisse établir un pneumothorax dit ambulatoire. Deux à huit jours d'hospitalisation suffisant pour pratiquer la ou les premières insufflations, le malade pourra ensuite rentrer chez lui, et revenir se faire insuffler.

Mais parfois, le malade ayant été proposé antérieurement pour un séjour au sanatorium, il par-

tira, son tour venu, pour le sanatorium, où son pneumothorax sera entretenu.

Toutes les semaines, le mercredi, au dispensaire Léon Bourgeois, a lieu une consultation spéciale réservée aux malades porteurs de pneumothorax. Sur chacun d'eux le médecin possède une observation détaillée comportant : diagnostic, date de la première insufflation et des suivantes avec les pressions correspondantes et les quantités de gaz insufflées ; tous les examens radioscopiques sont également rapportés : pour chacun d'eux, le degré de la compression gazeuse ; l'état de déplacement du médiastin ; le développement symétrique de la maladie ; le niveau liquide, si un épanchement a été constaté. On inscrit encore le résultat des analyses mensuelles de crachats, comme celui des pesées hebdomadaires.

La plupart des porteurs de pneumothorax artificiels travaillent. Ils viennent se faire réinsuffler ou ponctionner périodiquement, suivant les cas, à des intervalles dépendant uniquement de leur état et variant de 8 jours à 3 semaines. Le plus souvent l'expectoration diminue et les bacilles finissent par disparaître. La durée du traitement est également une question d'espèce, mais il n'est jamais interrompu qu'au printemps afin de permettre au malade de jouir des conditions climatiques les plus favorables. Les malades sont l'objet d'une surveillance particulièrement attentive. Tant qu'ils sont porteurs de bacilles, médecins et infirmières s'occupent de les iso-

ler et de les séparer de leurs enfants. Lorsqu'un malade cesse de venir au dispensaire, une enquête à domicile se déclanche afin de découvrir le motif de l'absence. Si son état le nécessite, on l'hospitalise aussitôt.

A chaque séance d'insufflation une moyenne de 65 malades se présente, ce chiffre donnera une idée de l'activité médicale qu'exige dans le service la pratique du pneumothorax.

Au cours de l'année 1924, 183 malades ont été ainsi suivis et soignés. En 1925, et seulement jusqu'au 1er décembre, 202.

On voit combien les indications de la pratique du pneumothorax artificiel ont été élargies, pour que l'on puisse avec succès traiter un pareil nombre de malades.

Le Laboratoire de Bactériologie et d'Anatomie Pathologique

Le laboratoire de bactériologie du Service est confortablement installé au premier étage du bâtiment en croix. Il est dirigé par un médecin bactérilogiste. Le personnel comprend une infirmière spécialisée, un préparateur d'anatomie pathologique et un garçon de service. Ce laboratoire a une double activité ; d'une part, les travaux scientifiques ; d'autre part, le travail courant alimenté par les salles de tuberculeux, la crèche et même le dispensaire Léon Bourgeois. Ce travail courant seul nous occupera ici, il consiste : en examens directs de crachats et homogénéisations pour recherches du bacille de Koch. Examens cytologiques, numérations globulaires, inoculations au cobaye. Analyses du sang. Séro-diagnostic. Recherches de l'antigène. Cultures diverses, etc., etc.

En 1925, par exemple, ont été pratiqués :

5.000 examens de crachats directs et 600 après homogénéisation ou cultures, 150 inoculations de produits pathologiques aux animaux de laboratoire. 1.496 réactions de Bordet-Wassermann, 500 réac-

tions de fixations du complément pour recherches des anticorps tuberculeux, 295 examens cytologiques, 225 examens d'exsudats amygdaliens, 49 hémocultures, 63 séro-diagnostics, 90 dosages d'urée dans le sang, 312 examens chimiques divers, 520 dosages de cholestérine, 55 auto-vaccins divers, 61 biopsies, 200 autopsies et de nombreux examens de coupes histopathologiques.

Cette accumulation de chiffres montre surabondamment l'activité du laboratoire dans un grand service de tuberculeux; elle montre aussi que l'activité clinique est dans un pareil service, égale sinon supérieure à celle d'un service équivalent de médecine générale.

Le Service de Radiologie et le Laboratoire des Agents physiques

Le Service. comme tous les autres services de l'hôpital Laënnec, peut mettre à contribution le service général de la radiographie. Tous les mercredis, les malades du service désignés par le médecin sont radioscopés par M. le Dr Maingot, radiographe de l'hôpital Laënnec, en présence de M. L. Bernard et de ses élèves. Ces examens de malades à l'écran, très suivis des étudiants et des médecins tant français qu'étrangers, sont souvent l'occasion de discussions et de démonstrations animées et instructives.

Le laboratoire de radiographie exécute également de nombreux clichés radiographiques et des films, dant la multiplicité constitue, on le sait, un des moyens les plus sûrs d'objectiver des lésions et d'étudier par l'image leur évolution.

Le laboratoire des agents physiques possède les appareils les plus perfectionnés de rayons X et de rayons ultra-violets. Les assistants du service poursuivent dans ce laboratoire des vérifications scientifiques et des études intéressantes au sujet de l'ac-

tion des rayons ultra-violets sur les tuberculoses osseuses, ganglionnaires et péritonéales.

Rappelons enfin, qu'un poste de radiologie est installé dans les locaux du dispensaire Léon Bourgeois permettant ainsi aux médecins chefs et à leurs élèves des examens radioscopiques très nombreux.

Le Service social

C'est devenu une difficulté pour le médecin moderne que de donner ses indications à des malades dont il ne connaît que peu ou pas le milieu. Pour le médecin chargé d'une consultation d'hôpital ou de dispensaire, l'interrogatoire du malade pratiqué devant les élèves et le personnel infirmier donne des renseignements encore moins sincères et parfois non utilisables pour le diagnostic. Le besoin s'est donc fait sentir d'établir à l'hôpital un trait-d'union entre médecins et malades.

Ainsi naquit le service social à l'hôpital. En réalité, cette innovation nous venait d'Amérique. C'est un souvenir de la guerre. Le service social de l'hôpital fut inauguré en 1919 sur le modèle du service social américain. Mis en œuvre par quelques femmes de cœur, qui, bénévolement, s'astreignirent pendant de longues années à fréquenter chaque jour maternités, services d'enfants ou de tuberculeux, le mouvement prit de l'ampleur. En 1921, l'Association pour le service social à l'hôpital se fondait, et l'œuvre, bien qu'indépendante de l'As-

sistance publique, s'érigeait en une véritable administration sociale subventionnée par le Conseil Municipal de Paris.

A l'heure actuelle, le service social fonctionne dans 34 services d'hôpitaux ; il y est accompli par des femmes dévouées qui y consacrent tout leur temps et sont convenablement rétribuées. Cependant, il faut qu'on sache que les quelques dames qui avaient, pendant la guerre, donné l'exemple d'une si charitable attitude, et qui s'étaient imprégnées de l'esprit médical, ont persisté dans leur mission désintéressée et restent à la tête du mouvement.

Le service social à l'hôpital résulte dune triple nécessité : morale, sociale et médicale.

La guerre a, en effet, unifié les classes. Nous avons tous connu l'égalité des brancards à l'ambulance, comme celle des lits à l'hôpital militaire. Nos mères ont toutes franchi, avec la même émotion, le seuil des pauvres salles. Toutes leurs préventions d'autrefois contre les hôpitaux sont tombées devant la reconnaissance des soins donnés à l'enfant. On a appris à connaître les hôpitaux.

N'avons-nous pas aussi tous connu, pendant la guerre, blessés ou malades, la lourde solitude, l'angoisse de l'hôpital et de ses nuits ; de ses nuits, surtout, pendant lesquelles les gémissements, les plaintes nous torturaient comme des menaces de mort. Quelle était bien accueillie, alors, l'apparition de l'infirmière ! Quel apaisement, quand elle avait

reçu notre confidence ; quelle tranquillité, quand, transgressant les consignes, prenant toujours le parti du soldat — du malade — elle promettait qu'un télégramme irait avertir les parents !

Les sentiments sont les mêmes dans tous les cœurs, et les plus humbles ne sont pas les moins sensibles. Pouvait-on croire que la guerre finie, les hommes se soient fait un cœur nouveau ? Et que, dans les mêmes hôpitaux, pour changer de victimes, la détresse humaine ait changé d'expression !

Le grand mérite des femmes qui, les premières, après la guerre, organisèrent le service social à l'hôpital, est d'avoir compris que la pire douleur de l'homme est d'être isolé moralement dans sa maladie.

Consoler, distraire un malade, est une tâche où la sensibilité féminine excelle : c'est la mission morale que s'est assignée l'assistante sociale à l'hôpital.

Vous verrez cette femme assise au chevet des malades, les écouter avec intérêt et attention, prendre quelques notes : une adresse, un chiffre, une date ; et, peu de jours après, les malades apprendront qu'un loyer dont le terme était échu vient d'être payé, que leur enfant a été envoyé à la campagne dans des conditions inespérées de bien-être et de sécurité ; que leur femme a trouvé du travail. Cette aide miraculeuse n'a exigé aucune attente à la porte d'un bureau de bienfaisance, n'a été payée

d'aucune brimade, d'aucune compromission confessionnelle.

Mais, voici le malade guéri, en état de quitter le Service, la tâche altruiste de l'assistante sociale ne s'arrêtera pas à la porte de l'hôpital. Ce malade, ce tuberculeux rentre dans la Ville. Qui s'occupe de lui ? Personne. Où va-t-il ? Dans sa famille, s'il en a une. Devant lui, au hasard, s'il est seul et sans ressources. Certes, l'Assistance publique a multiplié les maisons de convalescence, les sanatoriums, les maisons de repos. Mais enfin, le malade, amélioré ou convalescent, doit, un jour ou l'autre, abandonner son lit d'hospice pour le pavé de Paris. L'assistante sociale, pour celui-là, s'est mise à étudier le mécanisme de toutes les institutions en vigueur, à connaître toutes les dispositions légales, toutes les œuvres, grâce auxquelles elle pourra lui apporter un peu d'aide matérielle. Cette aide, répond à une nécessité sociale.

Elle ne perdra pas de vue la famille dans laquelle elle sait qu'un tuberculeux vient de revenir. Par son influence, par sa volonté, le tuberculeux consentira à fréquenter les dispensaires ; convaincu de sa contagiosité, ce malade mettra en pratique les conseils qu'elle lui prodigue. En somme, l'assistante sociale prolonge au-delà de l'hôpital l'action du médecin, son rôle correspondant à une nécessité médicale.

Tel est l'esprit de l'institution. Son application, on le voit, laisse libre cours à la délicatesse et à l'in-

les hommes, elle a installé dans le service une salle de récréation avec jeux divers et journaux abondants ; pour les femmes, elle distribue des étoffes, de la laine, des aiguilles à tricoter, des modèles de broderie, afin que les malades puissent confectionner des ouvrages qui demeureront leur propriété. A tous, des prêts de livres ; car elle a fait don au service d'une bibliothèque riche de plusieurs centaines de volumes. Quant à ceux qui attendent leur admission en sanatorium, l'assistante sociale leur fait porter des secours d'attente, et au moment de leur départ leur offre un chandail de laine et du linge de corps. Lorsqu'une mère est seule et sans aide, elle se charge de l'enfant et paye les mois de nourrice.

Ajoutons que la plus grande partie de l'activité de l'assistante sociale du service est consacrée à la préservation de l'enfance contre la tuberculose. C'est cette assistante qui a fondé l'Œuvre du Placement familial des Tout-Petits ; elle en est toujours l'animatrice et la présidente. C'est par elle que les assistantes sociales de nombreuses maternités parisiennes et de la plupart des services hospitaliers de médecine infantile, ont été initiées aux merveilleux espoir que promet la prophylaxie anténatale, organisant ainsi entre maternité, enfance et tuberculose une connexion si parfaite qu'en quelques années le principe du placement familial des Tout-Petits est devenu dans le domaine de la lutte contre la tuberculose une notion classique.

Quelques chiffres pris dans les statistiques de ce service social sont particulièrement suggestifs. En 1924, le service social signalait 172 bacillaires aux dispensaires d'hygiène sociale de Paris ; adressait 949 fiches au fichier central ; dépistait 580 enfants issus de tuberculeux, en plaçait 115 dans ses œuvres.

L'Enseignement Médical et Médico-Social

Il est assuré par le chef de service et ses assistants. Trois fois par semaine, dans les salles d'hommes, de femmes ou à la crèche ont lieu des présentations de malades. Ces présentations donnent toujours matière à des discussions complexes de pathologie. Trois fois par semaine, également, les consultations du dispensaire fournissent aux élèves l'occasion d'un entraînement clinique intensif. Grâce au poste de radioscopie du dispensaire Léon Bourgeois, étudiants et médecins peuvent s'initier à l'interprétation des radioscopies thoraciques.

Le laboratoire de bactériologie est ouvert aux externes ; les vérifications anatomiques sont fréquentes et minutieuses.

Un cours de perfectionnement annuel permet aux étudiants et aux médecins s'intéressant à la phtisiologie de venir compléter leurs connaissances en matière de tuberculose en assistant à de nombreuses leçons théoriques et cliniques.

***

Un enseignement pratique est également donné aux infirmières visiteuses d'hygiène sociale. Le Comité National de défense contre la tuberculose envoie dans le Service de jeunes infirmières afin qu'elles se familiarisent avec le malade et avec le milieu médical. On les emploie avant la visite médicale à constituer des dossiers, que le médecin assistant des dispensaires d'hygiène sociale du 1er et du 2e arrondissements veut bien relire avec elles et corriger. Elles suivent la consultation du dispensaire et peuvent ainsi saisir toute l'importance des problèmes, à la solution desquels, plus tard, elles auront à contribuer.

Ces infirmières viennent donc effectuer dans le service du Professeur L. Bernard un stage de travaux pratiques, l'enseignement théorique leur étant donné au siège du Comité National.

Il n'est par superflu d'ajouter que pour les jeunes médecins français ou étrangers, pour les infirmières de l'Assistance publique, pour les infirmières visiteuses, le Service constitue par l'ensemble de ses rouages un enseignement aussi complet que possible. Aucune conférence, aucun ouvrage ne pourra mieux renseigner et convaincre celui qui se destine à la lutte contre la tuberculose que d'assister à cette grande leçon de choses qu'est le travail journalier de ce service où tout est organisé pour enrayer la marche du fléau.

Conclusion et Résumé

Ainsi, par les rouages multiples qu'il comporte et dont certains lui sont particuliers, le service que nous avons décrit constitue actuellement un véritable centre hospitalier de tuberculeux.

Nous rappelons que l'idée prophylactique en domine le mécanisme.

La préoccupation de l'aide à accorder à l'individu y a pris une place d'autant plus grande que c'est la famille et la société tout entière qui y trouvent leur intérêt. Il n'est pas de fait plus impératif que celui de la solidarité. Les conséquences de ce fait, bonnes ou mauvaises, dépendent du choix de nos mesures et ces dernières ne sauraient être véritablement heureuses que si elles tiennent compte des liens existant entre l'intérêt général et l'intérêt personnel.

Nous avons vu que c'est à cet ordre d'idées que se rattachent les conceptions médicales et sociales qui ont modifié ou créé les institutions d'assistance et de prophylaxie des services antituberculeux de l'hôpital Laënnec. En particulier, le Service, sujet de notre étude, nous a présenté un ensemble complet

d'œuvres hospitalières à grand rayon d'action, utilisant, sous toutes leurs formes, les forces sociales que l'esprit contemporain a engendrées. Ces forces se sont constituées en deux groupes, un groupe ressortissant à l'Assistance publique, un groupe s'appliquant à la prophlaxie et à la propagande éducative.

Au premier groupe appartiennent dans le Service :

1° Le dispensaire Léon Bourgeois où près de 30.000 tuberculeux parisiens viennent bénéficier de l'assistance publique médicale et de l'assistance administrative.

2° Les salles d'hospitalisation du quartier spécial des tuberculeux de Laënnec.

3° L'ensemble des lits que l'Assistance publique et l'Office public d'hygiène sociale de la Seine mettent à la disposition des centres de tuberculeux dans leurs hôpitaux, leurs sanatoriums ou leurs préventoriums.

Au deuxième groupe se rattachent :

1° Les dispensaires d'hygiène sociale du I^er^ et II^e^ arrondisements, et par eux les relations que le Service entretient avec l'O. P. H. S.

2° La consultation des femmes enceintes, créée pour prévenir les mères du danger que courra le nouveau-né dans un milieu tuberculeux.

3° La consultation des nourrissons, dont le but est de préserver les enfants des contagions familiales ou massives.

4° La crèche, où tous les nourrissons suspects sont examinés, soignés et triés, en vue du placement régénérateur.

5° L'Œuvre Grancher et l'Œuvre du Placement familial des Tout-Petits, qui, à elles deux, remplissent un merveileux programme de protection et de sauvetage de l'enfance.

Vu, le Doyen, *Vu le Président,*

ROGER. LÉON BERNARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris.

LAPIE.

Bibliographie

E. Combes. — Circulaire du ministère de l'Intérieur du 15 janvier 1904.

Calmette. — Programme de lutte antituberculeuse à Lille. *Presse Médicale* 1901.

— Les préventoriums ou dispensaires antituberculeux, Lille, 1905.

— Programme pour l'organisation des dispensaires. *Presse Médicale*, 1913.

L. Bernard. — Un plan de dispensaires antituberculeux à Paris et dans le département de la Seine. *Revue philantropique*, 1912-13, tome XXXIII.

— Le Comité départemental d'Assistance aux anciens militaires tuberculeux de la Seine. *Soc. de Méd. publ. et de génie sanitaire*, 30 avril 1919.

— Rapport sur le dispensaire Léon Bourgeois. Masson, Paris, 1913.

— La valeur des mesures de prophylaxie sociale antituberculeuse. *Revue de phtisiologie*, t. VI, p. 7.

— Crèches et tuberculoses. *Revue d'hygiène*, année n° 4.

L. Bernard et Debré. — Les modes d'infection et les modes de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge. *Paris Médical*, 1er janvier 1921.

— L'infection tuberculeuse du nourrisson et sa sa prophylaxie. *Annales de Médecine*. année 1923.

Léon Bourgeois. — Administration générale de l'Assistance publique à Paris, Conseil de Surveillance. Rapport au nom de la Commission de la tuberculose, 1906.

J. Courmont. — Le Dispensaire de Lyon. *Presse Médicale*, 19 novembre 1912.

André Mesureur. — L'Œuvre de l'Assistance publique contre la tuberculose 1896-1905, 1 vol., Paris Berger-Levrault. 1905.

— I. La formule du Dispensaire doit être complétée. — II. Le Dispensaire Léon Bourgeois. — Les services hospitaliers annexes. *Presse Médicale*, novembre-décembre 1913.

Administration Générale de l'Assistance publique à Paris.

— I. Arrêté sur l'organisation du dispensaire et quartier spécial de Laënnec, 1912.

— II. Inauguration du Dispensaire Léon Bourgeois, 12 décembre 1913.

— III. Le problème de l'Assistance au tuberculeux, 1913.

Louis Guinon. — Le Service Social dans les hôpitaux. *Revue de Phtisiologie*, novembre-décembre 1922.

Rist. — Le Service Social à l'hôpital. *Revue d'Hygiène*, 1925.

M. Lelong. — L'enfant issu de parents tuberculeux. Thèse Paris, 1925.

J. Parat. — Le placement des enfants séparés. *Revue d'hygiène*, 1925.

Frédéric Humbert. — Abaissement de la mortalité tuberculeuse par un essai de médecine sociale, *Vers la Santé*, n° 6, 1922.

Œuvre Grancher. — I. Œuvre de la Préservation de l'Enfance contre la tuberculose. *Rapports annuels.*

II. *Bulletin de la Fédération des œuvres Grancher*, 1920.

Placement familial des Tout-Petits. — Procès-verbaux des Assemblées Généarles, années 1921, 23, 24, 25.

Office public d'hygiène sociale du département de la Seine. — Rapports de MM. H. Sellier et H. Rousselle, Paris, 1922.

Limoges, Imprimerie Commerciale PERRETTE